

Klinika
Położn.
i Chorób
Kobiet.
U. J.

Nr.
porz.

4296

DarProl. Rosnera

TORBIELACH ZAOTRZEWNOWYCH.

(PRZYCZYNEK DO NAUKI
O ROZRÓŻNIANIU GUZÓW JAMY BRZUSZNEJ).

(Wykład miany w sekcji chirurgicznej
VI-go Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie).

PODAŁ

Prof. D-r A. Obaliński

z Krakowa.



Odbitka z Gazety Lekarskiej 1891 r.

WARSZAWA.

Druk K. Kowalewskiego, ul. Królewska Nr. 29.

—
1891.

O SUROWICZYCH TORBIELACH ZAOTRZEWNOWYCH.

(PRZYCZYNEK DO NAUKI

O ROZRÓŻNIANIU GUZÓW JAMY BRZUSZNEJ).

(Wykład miany w seceyi chirurgicznej

VI-go Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie).

PODAŁ

Prof. D-r A. Obaliński

z Krakowa.



Odbitka z Gazety Lekarskiej 1891 r.

WARSZAWA.

Druk K. Kowalewskiego, ul. Królewska Nr. 29.

—
1891.

Дозволено Цензурою
Варшава 10 Октября 1891 года.

WI 011609 1891/5

2 - 139061

Akc. zI. 2023 nr 586

O SUROWICZYCH TORBIELACH ZAOTRZEWNOWYCH.

(PRZYPADKOWY DO NAUKI O ROZRÓŻNIANIU GUZÓW JAMY BRZUSZNEJ).

(Wykład miany w sekcji chirurgicznej VI Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie).

Rozróżnianie guzów w jamie brzusznej człowieka, a przedewszystkiem kobiety, zdawałoby się po zdobyczach osiągniętych w ostatnich dziesiątkach lat przez chirurgów i ginekologów tak ściśle określone, że wszelka dyskusja na tem polu jest zbyteczną, a jednak nieraz jeszcze w praktyce lekarskiej spotykamy takie przypadki, które rzucają nowe światło na tę sprawę.

Miałem sposobność spostrzegania i operowania podobnego niezwyklego przypadku i pospieszam podzielić się szczegółami jego z Szanownymi Kolegami, oraz nawiązać do tego kilka uwag, które mi się nasunęły już to przy rozważaniu niniejszego przypadku, już też przy rozpatrywaniu dotyczącej literatury.

W Czerwcu 1890 r. zgłosiła się do mnie Ryfka S., kobieta dobrze odżywiana i zbudowana, lat 57 licząca, twierdząc, że zasięgała u dwóch lekarzy, specjalistów do chorób kobiecych, rady z powodu opadnięcia macicy i że obaj po zbadaniu dokładnem oświadczyli, że cierpi na guz w jamie brzusznej, który należy usunąć. Bliższe porozumienie się z owymi kolegami wykazało, że obydwaj uważali guz ten za torbiel, wychodzącą z jajnika, po której usunięciu może być dopiero mowa o skutecznem leczeniu opadnięcia macicy.

Wywiady wykazały: że pacjentka, oprócz pomienionej wady, t. j. opadnięcia macicy, prawie nigdy nie chorowała; że o tworzeniu się i obecności jakiegoś guza w brzuchu wcale nie miała żadnej wiadomości; że 11 razy rodziła, a jeden raz poroniła, ostatni raz w 48 roku życia; że miesiączkowanie odbywało się prawidłowo, a przed 4-ma laty, t. j. w 53 roku życia, stanowczo ustało. Na opadnięcie macicy cierpieć ma od lat 30. Przy badaniu brzucha i części płciowych znalazłem: rozmiary brzucha nieco powiększone [obwód przez pępek 87 cm.], kształt jego nieregularny, albowiem po stronie prawej więcej wypukły, niż po stronie lewej; odpowiednio do tego wyczuć można, badając palcami, po stronie prawej w głębi brzucha guz napięty, wielkości głowy dorosłego człowieka, nieco wydłużony w kierunku od góry i zewnątrz ku dołowi i wewnątrz. Przy wypukiwaniu guza otrzymujemy odgłos stłumiony, jednak dający się odróżnić od stłumienia wątroby.

PROF. D-R OBALIŃSKI.

Odgłostępy zachodzi na bok prawy aż do linii pachowej, po stronie lewej nieco poza linię białą w dół aż do kości łonowej; przy położeniu na boki stosunki te się nie zmieniają. Chęłbotanie w guzie wybitne, ściany guza cienkie. Przed szparą sromową widzimy ciało wielkości pięści męskiej, pokryte blado-różową błoną śluzową, dosyć suchą. Ciało to można palcami odprowadzić w głąb pochwy, przyczem wyraźnie wyczuwamy część pochwową macicy i oba sklepienia. Ruchy macicy nie wywierają żadnego wpływu na opisany guz w brzuchu i na odwrót. Przy tych ostatnich próbach okazało się nadto, że guz więcej poruszalnym jest w dole, niż w górze.

Na podstawie tego badania musiałem przypuszczać, że guz ten prawdopodobnie rozrastał się z góry ku dołowi i że ani z macicą, ani z jej częściami dodatkowymi, a przedewszystkiem z jajnikiem prawym nie ma związku; nie mogąc wykluczyć jednak stanowczo guza, z jajnika wychodzącego, skłaniałem się więcej do rozpoznania wodonercza (*hydronephrosis*). W przekonaniu, że guz ten w wielkiej części przyczynił się do zepchnięcia macicy ku dołowi i że po jego usunięciu stosunki te się poprawią, namówiłem chorą na operację, w którym to celu umieściła się w domu zdrowia D-ra LUSTGARTENA i Apt. WILCZYŃSKIEGO.

W połowie Czerwca 1890 przystąpiłem do operacji, otwierając jamę brzuszną cięciem w linii białej. Po rozcięciu otrzewnej ściennej, przedstawił mi się guz o ścianie cienkiej, mocno napiętej, sinawo przeświecającej, a przy bliższym zbadańiu pokazało się, że jest on pokryty tylną blaszką otrzewnej ściennej, która wprost z niego przechodzi na śródjelicie i jelita, tak, że te ostatnie ściśle z guzem wydają się połączone. Zastanawiając się teraz nad pochodzeniem tego guza, postanowiłem dla rozstrzygnięcia, czy on jest tak znacznie rozwiniętem wodonerczem, czy też torbielą bąblowcową (*ecchinococcus*), nakłuć go szprycą PRAVAZ'a, a gdy w ten sposób otrzymałem płyn prawie zupełnie jasny, podobny do wody, skłoniłem się do rozpoznania wodonercza i przystąpiłem do usunięcia guza po nacięciu tylnej ściany otrzewnej.

Ku memu i towarzyszy moich niemałemu zdziwieniu, dał się cały guz z nadzwyczajną łatwością i bez wszelkiego krwawienia od otrzewnej i tylnej ściany brzusznej oddzielić, przyczem nie napotkałem nigdzie ani na ślad jakiegś wężki lub sznurka nawet, przypominającego moczowód lub naczynia nerkowe. Oddzielona otrzewna skurczyła się zaraz po usunięciu guza i przylgnęła do dna jamy, pozostałej po guzie, osobiwie gdy jej brzegi kilkoma szwami katgutowemi szczególnie zespoilem. Przed zamknięciem jamy brzusznej szukałem jeszcze po tej stronie nerki, lecz jej znaleźć nie mogłem, co mię jeszcze bardziej utwierdziło w przekonaniu, że wyjąłem torbiel, powstałą z dawno istniejącego wodonercza. Zamknięcie rany brzusznej, jak zwykle przy laparotomijach; zagojenie *per primam*; pacjentka opuściła zakład po 14 dniach.

Wyjęty guz był większy od głowy człowieka, o ścianach zaledwie na 1 mm. cienkich, lecz zbitych, zawierał około 3 litrów płynu jasnego, podobnego do wody; po wypuszczeniu płynu ściany torbieli zaraz się skurczyły i, co zatem idzie, zgrubiały. Gdy torbiel włożono następnie do wysoku, skurczyła się tamże jeszcze bardziej tak, że stała się prawie o połowę mniejszą, niż była po wyjęciu z jamy brzusznej.

Płyn wydobyty z torbieli, poddany rozbirowi chemicznemu w zakładzie prof. STOPCZAŃSKIEGO, wykazał własności następujące: barwy jasnej, podobnej do wody, słabo opalizujący, nieciągliwy. Białka zawierał dosyć znaczną ilość [0,12%], fosforanów ziemnych ślady, chlorków ilość dosyć znaczną, mocznika i kwasu moczowego nieudowodniono bezpośrednio, po oddzieleniu białka tylko zaledwie ślady w wyciągu wyskokowym, oddziaływanie słabo kwaśne. W skąpym osadzie obok masy drobnoziarnistej, rozpadowej, tu i ówdzie komórki nabłonkowe.

Ściana torbieli, zbadana pod drobnowidzem, wykazała budowę tkanki łącznej i sprężystej.

Na II-em zjeździe chirurgów polskich, odbytym w Lipcu 1890 r., opowiedziałem powyższy przypadek i pokazałem wyjętą torbiel, wyrażając przypuszczenie, że miałem do czynienia z wodonerczem, a to na podstawie położenia torbieli jako też i tej okoliczności, że przy operacyi po tejże samej stronie nie znalazłem nerki.

Już wtenczas zwróciłem był uwagę na ten szczegół, że w ścianach torbieli nie wykryto ani śladu tkanki nerkowej i moczowodu, co znowu silnie przemawiało przeciw przypuszczeniu o powstaniu torbieli z nerki, a ponieważ nie udało mi się odszukać nigdzie analogicznego przypadku, przeto zapytywałem zgromadzonych kolegów, czy im podobne przypadki nie są znane z literatury lub z własnego doświadczenia. Wprawdzie oświadczyło kilku kolegów, że podobny przypadek był operowanym w jednej z klinik warszawskich i że torbiel ową badał prof. BRODOWSKI; gdy jednak tenże, listownie przezemnie zapytany, oświadczył, że co mu niniejszem serdecznie dziękuję, że nie tylko sam podobnego przypadku nigdy nie napotkał, ale i w przypadku, przez D-ra BUKOWSKIEGO w Warszawie operowanym, a na zjeździe zacytowanym, przecież przy dokładnem zbadaniu tu i ówdzie ślady nerki i moczowód, chociaż bardzo zwężony, potrafił odszukać; gdy dalej najdokładniejsze przezemnie i prof. BROWICZA przedsięwzięte badania nigdzie ani śladu tych tworów nie wykazały; gdy wreszcie, przeszukując literaturę z ostatnich kilkudziesięciu lat, nigdzie nie natrafiłem na opis podobny: zacząłem nabierać przekonania, że albo przy badaniu głębi jamy brzusznej, podczas operacyi, istniejącą nerkę przeoczyłem, co jednak za mniej prawdopodobne uważam, albo też brak ten był przypadkowym, z tworzeniem się torbieli chyba w pośrednim związku stojącym.

Podczas przeglądu literatury natrafiłem na rozprawkę, która całą moją uwagę zajęła. Jest to praca D-ra PRZEWOSKIEGO ¹⁾ z Warszawy o torbielach surowicznych zaotrzewnowych, której treść naprowadziła mię na myśl, że i w moim przypadku mam do czynienia z podobnym tworem. Że odrazu sam nie wpadłem na tę myśl, niech mi posłużą na usprawiedliwienie najprzód dopiero co przytoczone okoliczności, zresztą i fakt, że najcenniejsi autorowie, pisząc o rozróżnianiu guzów jamy brzusznej, nie wymieniają torbieli surowicznych zaotrzewnowych. Jest tam mowa zazwyczaj o guzach zaotrzewnowych wogóle bez wyszczególnienia pojedynczych ich gatunków i bez uwzględnienia ich pochodzenia; tak dobrze miano

¹⁾ Gazeta Lekarska. 1889.



tam na myśli guzy twarde, czy to złośliwe [raki, mięsaki], czy też dobrotliwe [tłuszczaki, torbielaki], jak i miękkie [bąblowce]; dopiero w ostatnich czasach zaczęto wspominać o torbielach mleczowych (*cystae chylosae mesenterii*), jak np.: BRAMANN, HAHN, KILIAN, SOLMAN, KOSIŃSKI; lecz o torbielach surowiczych zatrzewnowych nigdzie wzmianki nie znalazłem. Nawet tak doświadczeni autorowie, jak: LAWSON TAIT [2000 laparotomij] i SPENCER WELLS¹⁾, o nich nie wspominają.

O torbielach surowiczych niewiele więc wiedzieliśmy, a jakkolwiek znajdując się o nich ślady w literaturze, to właściwie dokładniejszą wiadomość zawdzięczamy PRZEWOSKIEMU (*l. c.*), który nietylko nas zapoznaje z dotychczasową literaturą, lecz daje piękny i dokładny opis trzech własnych przypadków, przy sekcji spostrzeganych.

Odsyłając Szanownych Kolegów po szczegóły tych przypadków do przytoczonej rozprawki, wspomnę tutaj tylko o wywodzie autora, dotyczącym powstawania tych torbieli. Z faktu, że wszystkie trzy przez niego opisane torbiele, jako też przeważna liczba przytoczonych z literatury, rozwijały się w najbliższym sąsiedztwie nerek, których okolica jest widownią „żywych i znanych przemian morfologicznych w życiu zarodka“, przypuszcza PRZEWOSKI, że jakieś resztki przewodów WOLFF'a i MUELLER'a mogą się stać punktem wyjścia owych torbieli surowiczych, podobnie jak resztki nabłonka łuków skrzelowych stają się niejednokrotnie punktem wyjścia przetok, chrzęstniaków, torbielaków, a nawet raków rogowatych na szyi.

Cały opis mojego przypadku, zachowanie się torbieli przed operacją, stosunki anatomiczne, znalezione wśród tejże, rozbiór chemiczny płynu w nim zawartego, a wreszcie wynik badania makroskopowego i mikroskopowego ścian jej w zupełności odpowiadają szczegółom, podanym przez PRZEWOSKIEGO, a okoliczność, że, nie znając jeszcze jego pracy, pozostawałem pod wrażeniem, iż mam przed sobą szczególniejszego rodzaju wodonercze, przemawia tylko najwymowniej za teorią patogenetyczną powyższego autora.

O tych zaś torbielach surowiczych, które w linii środkowej i między blaszkami kręzek powstają, twierdzi PRZEWOSKI, że one przeistoczyły się z torbieli mleczkowych, początkowo tamże powstałych.

Z literatury dotychczasowej przytacza PRZEWOSKI tylko cztery przypadki: MESNET'a, KLEBS'a, PÉAN'a i WATT'a. Spis ten mogę uzupełnić o jednego, a może najważniejszego autora, a mianowicie: KOEBERLÉ'go, o którego doskonałych w tym kierunku wywodach dowiedziałem się z niedawno wydanego dzieła D-ra GALLEZ'a pod tytułem: „*Diagnostic des tumeurs du ventre. Bruxelles 1890*“. Na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego Strasburskiego referował tenże w r. 1875 o takich torbielach i podał nawet cechy wybitne, po których one od innych torbieli, w jamie brzusznej spotykanych, mogą być odróżnione. Według niego, bywają one zawsze jednokomorowe, zawartość ich, jak woda, jasna, rzadka, zawiera dużo soli, a mało białka. Ściany ich są mocne, lecz cienkie, chęłbo-

¹⁾ Diagnose und chirurgische Behandlung der Unterleibsgeschwülste. Deutsch. v. D-r VRA-GASSY. 1886.

tanie wyraźne; rosła powoli i dają się od otaczających je narządów i ścian brzusznych łatwo oddzielić. Osoby, niemi dotknięte, bywają zazwyczaj dobrze odżywiane, nawet w razie znaczniejszego rozrostu torbieli.

Z mojej własnej, jakkolwiek szczupłej, bo zaledwie do stu przypadków obejmującej, kazuistyki guzów jamy brzusznej przypominam sobie, oprócz powyższego, jeszcze jeden, który prawdopodobnie tutaj zaliczyć należy. Mówię wyraźnie: „prawdopodobnie“; albowiem w przypadku tym nie przekonano się o szczegółach naocznie, ani przez laparotomię, ani też przez nekroskopię, a jedynie tylko za pomocą badania klinicznego. Dla ważności sprawy podaję wybitniejsze szczegóły tegoż, według notatek klinicznych z r. 1882 ¹⁾.

Marya K., lat 23 licząca, z Przysiek pow. Jasielskiego, stanu wolnego, była dotąd — oprócz białych upławów, które przed 6-ma laty się pokazały, a po leczeniu wkrótce ustąpiły — zawsze zdrową. Obecna choroba datuje się od 1876 r., kiedy to zauważyła w brzuchu po prawej stronie guz wypychający się ku przodowi, z początku ograniczony i wielkości jaja kaczego, a później z wolna rozrastający się ku górze, przyczem granice jego stały się niewyraźnymi. Bólów nie było żadnych. Regularność pojawiła się w 16-tym roku życia, odbywała się w odstępach prawidłowych, lecz coraz obfitsza i w ostatnich czasach z bólami dosyć znacznymi. W 1879 r. chora przedstawiła się w tutejszej klinice ginekologicznej, gdzie po dokładnem zbadaniu rozpoznano: „*peritonitis chronica, saccata, cystovarium simulans*“, i wypuszczono trójgranicem około 12 litrów płynu jasnego, jak woda, nielepkiego, który prof. Browicz uznał za pochodzący ze sprawy zapalnej. W domu czuła się zupełnie zdrową przez 6 miesięcy, poczem znów zaczął się brzuch powiększać, a w dniu 8. I. 1882 r. okazywała stan następujący:

Odżywianie i wygląd dobre; brzuch duży wynosi 89 ctm. przez pępek [o 11 ctm. mniej, niż przed trzema laty], z powodu guza tamże przesuwalnego z boku na bok o ścianach cienkich, z wybitnem chęłbotaniem. Macica nieco ku tyłowi pochylona, długości prawidłowej. Płyn, wypuszczony na próbę, był prawie jasnym, jak woda, o małym ciężarze właściwym [0,007] i zawierał białka surowiczego dosyć, lecz ani paralbuminu, metalbuminu, ani albumin-peptonu, ani mucyny nie było. Gdy nadto w osadzie nie było nigdzie haczyków swoistych dla białowca, wykluczono torbiel jajnikową, wodonercze, torbiel nerkową, białowca, a pozostało tylko z pomiędzy prawdopodobnych oświadczyć się między otorbionym wyścięciem otrzewnowym a torbielą, wytworzoną między blaszkami więzów szerokiego. Wobec tego, że wywiady nie wykazały nam żadnych danych co do przebytego jakiegoś zapalenia, oświadczone się za tem drugim.

Chora, nie zgodziła się na operację poważniejszą, a jedynie tylko na wypuszczenie zupełne płynu, który też wypuszczono w ilości 4½ litra, poczem chora udała się do domu. Z listu, otrzymanego w b. r., dowiaduję się, że od r. 1882 poddała się ona jeszcze 2 razy przekłuciu i że obecnie guz już się nie powiększa.

Jakkolwiek w tym przypadku nie mam pewności absolutnej i dowodu anatomicznego, że to była torbiel zaotrzewnowa surowicza, to jednak wszystkie cechy za tem przemawiają; wspomniałem zaś o nim na tem miejscu dlatego, ponieważ z przebiegu jego pokazuje się, że wielokrotne wypuszczanie zawartości takiej torbieli w końcu może być uwieńczone dobrym rezultatem.

Zestawiając dotychczasowe nasze wiadomości o tych torbielach w treściwe zdania, możemy powiedzieć, co następuje:

¹⁾ Klinikę chirurgiczną prowadziłem podówczas w zastępstwie po śmierci prof. BRYKA, a przypadek ów obserwował kand. med., STANISŁAW BRAUN, obecnie asystent klin. ginekologicznej.

1. Torbiele surowicze zaotrzewnowe nie należą znów do takich rzadkości, za jakie je do niedawna uważano; przyczyną tego mniemania był tylko brak wiadomości o istnieniu tego rodzaju tworów, tak, że je przyjmowano za inne podobne.

2. Napotykamy je również często u mężczyzn jak i u kobiet.

3. Wymagają one bardzo długiego czasu do rozwoju, dlatego dochodzą rzadko do znacznej wielkości.

4. Po największej części leżą one w pobliżu nerki, a nawet jest wielkie prawdopodobieństwo, że one biorą początek już w życiu płodowym, z t. zw. ciał WOLFF'a i MUELLER'a, za czym idzie i możebność niedostatecznego rozwoju lub braku nerki sąsiedniej.

5. Tylko w razie znacznej wielkości dochodzą osoby, niemi dotknięte, do świadomości o ich istnieniu i tylko podówczas wywołać mogą zboczenia w trawieniu i krążeniu.

6. Ściany ich są mocne, lecz cienkie i oddzielone luźną tkanką łączną od otrzewnej, sąsiednich narządów i tylnej ściany brzucha; dlatego i usunięcie ich operacyjne nie przedstawia żadnych trudności.

7. Zawartość ich stanowi płyn surowiczy, jak woda, jasny, bardzo mały odsetek części stałych w roztworze zawierający.

8. Jakkolwiek jest wielkie prawdopodobieństwo, że kilkakrotne przekłucie doprowadzi do wyleczenia, to jednak polecić można w razie znacznego rozrostu doszczętne wydobycie torbieli, które nie przedstawia ani trudności, ani niebezpieczeństwa.

