

KILKA SŁÓW
O MARSKOŚCI PRZEDSIONKA SROMOWEGO

(Kraurosis vulvae).

PODAŁ

Prof. Dr. A. MARS.



KRAKÓW,
DRUKARNIA UNIwersYTETU JAGIELLOŃSKIEGO
pod zarządem Józefa Filipowskiego
1898.

Kilka słów
O MARSKOŚCI PRZEDSIONKA SROMOWEGO

(*Kraurosis vulvae*).

PODAŁ

PROF. DR. A. MARS.



KRAKÓW,
DRUKARNIA UNIwersYTETU JAGIELLOŃSKIEGO
pod zarządem Józefa Filipowskiego
1898.

1366592860

WP M363ks 1898/s

Osobne odbicie z „Przeglądu Lekarskiego“ 1898 Nr. 4 i 5.

2 - 139 342

Akc. zl. 1023 nr. 632

Kilka słów o marskości przedsionka sromowego

(*Kraurosis vulvae*)

podał

Prof. Dr. A. Mars.

Marskość przedsionka sromowego jest cierpieniem, o którym do obecnej chwili nie wiele jeszcze powiedzieć można. Znane ono jest dopiero od bardzo niedawna, gdyż dopiero w roku 1885, pierwszy zwrócił na nie uwagę Breisky¹⁾, który spostrzegął 12 przypadków. Prócz niego opisali tę chorobę: Fleischmann²⁾ 8, przypadków, Janowski³⁾ 6, A. Martin (Orthmann)⁴⁾ 5, Hallowell⁵⁾ 2, Hatchette⁶⁾ 3, Bartels⁷⁾ 1, Reed⁸⁾ 6, Rona⁹⁾ 1, Martin¹⁰⁾ 3, Peters¹¹⁾ 1, Gördes¹²⁾ 1, Czempin¹³⁾ 2, Neumann¹⁴⁾ 1, Frederick¹⁵⁾ 1, Veit¹⁶⁾ 1., Pfannenstiel¹⁷⁾.

Nadto niektórzy autorowie wspominają o przypadkach, których tu zaliczać trudno, jak n. p. Johnstone¹⁸⁾ opisuje 6 przypadków nieokazujących cech właściwych marskości przedsionka; a i między tymi, któreśmy powyżej wliczyli, niektóre są zaledwo wzmiankowane (Veit), albo niepewne (Frederick). Ponieważ nie cała literatura była mi dostępną, mogę się mylić; ale w każdym razie nie o wiele, jeżeli przyjmę, że razem było ogłoszonych mniej więcej około 55 przypadków.

Opisy, spotykane w literaturze, dotyczą spostrzeżeń klinicznych i to głównie obrazu chorobowego. Żaden ze znanych przypadków nie był na stole sekeyjnym, a spostrze-

żenia anatomiczno-patologiczne odnoszą się do badań drobnowidowych, dokonanych w kilkunastu zaledwo przypadkach, na kawałkach, które wycięto za życia, już to w celu badania, już też w celu operacyjnym. Z tego wynika, że mimo dość pokażnej liczby ogłoszonych przypadków, spostrzeżenia, do tej pory poczynione, mogą być tylko jednostronne, a tem samem i niedostateczne. Jeżeli wreszcie uwzględnimy, że zdania autorów nie są zupełnie zgodne, i że różnica zapatrywań musi sprowadzać w poglądach zamieszanie, przyznać musimy, że rzecz jeszcze jest bardzo mało zbadana i znana. To, co nam dotychczas jest wiadome, można zestawzić w niewielu zdaniach.

Obraz chorobowy, autorowie przedstawiają zgodnie, a i opisy zmian drobnowidowych nie wiele odbiegają od pierwotnego opisu Breiskyego i to rzecz naturalna, bo w obec cierpienia niedostatecznie zbadanego, tylko te przypadki mogą być brane w rachubę, które w objawach klinicznych całkowicie się zgadzają.

Chorę skarżą się na uczucie palenia i pieczenia w kroku, na parcie ku dołowi, niektóre na świąd, inne na uczucie prężenia i napięcia; to ostatnie uczucie zdaje się być najogólniejszem, cierpieniu temu właściwem i najwięcej dokuczliwem (Martin); dalej na utrudnione chodzenie, na zwężenie wnijscia pochwowego i utrudnione spółkowanie, na przypadki ze strony pęcherza moczowego, wreszcie na znaczną bolesność części schorzałych, która w niektórych przypadkach przy ruchach, oddawawaniu moczu i stolca, jak niemniej przy spółkowaniu, znacznie się potęguje.

Badanie przedmiotowe wykazuje: wejrzenie przedsionka zmienione; sucha skóra przedstawia białawe smugi, albo też plamy, które ku ujściu pochwowemu się zlewają, nabierając wejrzenia perłowej masy. Cały przedsionek skurczony, w miejscu łechtaczki jej ślad, albo tylko rowek, tak się wydaje, jakby była zarośniętą; wargi mniejsze, ledwo jeszcze zaznaczone, albo ich brak zupełny. Wnijscie pochowe nie podatne, przepuszcza ledwie palec. Dotykanie

i wprowadzanie palca bolesne, a przy silniejszym rozchyłaniu warg sromowych, powstają pęknięcia skóry nieznacznie broczące.

Zależnie od tego, czy spostrzegamy cierpienie w początku jego rozwoju, czy też w okresach późniejszych, gdy zmiany są już daleko posunięte, występują one mniej lub więcej wybitnie.

Jako wzór wcześniejszego okresu możemy przyjąć przypadek opisany przez Petera z kliniki A. Martina; przeważna część reszty opisów odnosi się do przypadków ze zmianami późniejszymi, dalej posuniętymi.

Prawie zawsze zmiany dotyczyły tylko samego przedSIONKA sromowego, kończyły się ściśle odgraniczeniem w jedną stronę na granicy porostu na większych wargach sromowych, a w drugą na samem wnijściu pochwowem. — Fleischmann widział w jednym przypadku odnośne zmiany tylko po jednej stronie przedSIONKA. W przypadku opisanym przez Gördesa z kliniki Martina zmiana chorobowa przekraczała zwykłą granicę i rozciągała się na okolice rzyci, podobnie w przypadku Pfannenstiela.

Ze względu na wiek osób, które temu cierpieniu podlegały, zauważono, że wydarza się ono począwszy od 20 roku życia w różnych latach; spotykano je tak dobrze u pańien (Veit), jako też u mężatek; podczas ciąży (Breisky, Fleischmann, Elischer¹⁹), jako też i po za ciążą, a wreszcie i w wieku podeszłym (Hetchette Laugyear²⁰).

Z cierpień towarzyszących, prócz upławów, znachodzono w kilku przypadkach zakażenie rzeżączkowe, w kilku kiłowe, w jednym polip macicy (Peter), w jednym wyprysk pod pachami (Bartels), kilkakrotnie spostrzegano powikłanie z rakiem, a mianowicie w jednym przypadku znalazł Martin wśród chorobliwego utkania dwa guzki rakowate, również Czempin znalazł w wyciętych częściach guzek rakowaty. Wreszcie Janowski widział na początku cierpienia *Oedema scleroticum*.

Skutkiem zwężenia powstałego we wchodzie do pochwy widziano pęknięcia podczas porodu, a także obserwowano naddarcia wnijsia pochwowego podczas spółkowania.

O pochodzeniu tego cierpienia nie wiemy właściwie nic pewnego; istnieją tylko domysły. Janowski przypuszcza, że długotrwałe upławy i wrzody kiłowe, mają tu znaczenie; Orthmann przypuszcza wpływ zakażenia rzeżączkowego; Reed zwraca uwagę na cechę zapalną cierpienia; Martin przypuszcza wstępny okres zapalny; twierdzi on, że związek z kiłą jest możebny, lecz właściwie przyczyny nieznamy; Säng er²¹⁾ mówi o związku tego cierpienia z chorobliwym świadem sromu, Johnstone indentyfikuje z jaglicą spojówek powiekowych; Longuear przypuszcza przyczynę w ośrodkach nerwowych, podobnie Lewin²²⁾ i Rona. Neumann wskazuje na drażnienie zewnętrzne jako przyczynę. Przypuszczenie to opiera na ugrupowaniu zmian, jakie spostrzega pod drobnowidem. Veit w III tomie swej ginekologii stara się bardzo zręcznie połączyć w związek przyczynowy świad sromu z marskością przedsionka. Twierdzi on bowiem, że najprawdopodobniej drapanie, a względnie tarcie, w przypadkach chorobliwego świadu, daje pobudkę do sprawy zapalnej w przedsionku, która w następstwie prowadzi do zmian obserwowanych w przypadkach marskości przedsionka. W ten sposób może nieco sofistycznie dochodzi do konkretnego określenia, że *kraurosis vulvae* jest zwężeniem i skurczeniem przedsionka, które się wytwarza z zapalnej sprawy w skórze, wywołanej drapaniem pod wpływem silnego chorobliwego świadu.

Z tego wszystkiego wynika, że o przyczynie powstawania marskości przedsionka nie pewnego powiedzieć nie można.

Przebieg choroby niewątpliwie przewlekły i na lata rozciągać się może. Frederick sądzi, że w jego przypadku cierpienie trwało od lat 19-tu; twierdzeniu temu niewiele jednak ufać można, gdyż i sam opisany przypadek nie jest pewny. Niektórzy autorowie obserwowali rozwój zmian cho-

robowych przez dłuższy przeciąg czasu (Hatchette). Martin twierdzi, że cierpienie może się na pewien czas zastanowić. Po wycięciu kawałków do badania drobnowidocznego, widział Peter w ciągu trzech miesięcy szybki postęp zmian chorobowych. Najwięcej pouczającym w tej mierze jest przypadek Czempina, który obserwował chorą przez lat ośm, a w ciągu tego czasu zmiany powoli się wytwarzały. Zejście cierpienia nieznane, albowiem spostrzegane przypadki albo się usunęły z pod obserwacyi lekarskiej, albo też zostały operowane.

Pierwsze badanie drobnowidowe na wyciętym kawałku przeprowadził w jednym przypadku Breyskyego jego asystent Fischel²³⁾. Dokładniejsze wyniki zawdzięczamy właściwie badaniom dokonanyim na klinice Martina, przez niego samego, oraz Orthmanna, Gördesa i Petera. Mniej więcej zgodne wyniki podają też i inni autorowie; — tylko Neumann ogłosił w ostatnich czasach wyniki badania drobnowidowego, które przedstawiają obraz nieco odmienny. Fischel znalazł: „pod drobnowidem zmiany podobne do zbliźnowacenia brodawek, których tkanka łączna okazywała stwardnienie, była prawie bezpostaciową i tylko nie wiele równoległych pasem zawierająca, chociaż jak wiadomo, posiada uwłóknienie falowate. Brodawki nierównej wielkości, przeważnie niskie. Siatkowała warstwa przyskórkowa w niektórych miejscach była bardzo cienka. — Gruczołów łojowych na skrawkach nie widział, z potnych znalazł na jednym preparacie tylko ślady“.

Orthmann w jednym ze swoich przypadków stwierdził, „że utkanie znachodziło się częścią w stanie zaniku, częścią zaś przerostu. W pierwszym razie pod bardzo cienką warstwą rogową (*stratum corneum*) leżała sieć Malpighiusza, albo bardzo ścięnczała albo tylko w małych resztkach miejscami utrzymywana, a nawet na większych przestrzeniach całkiem zanikła. W miejscach, gdzie miazdra (*corium*) dosięgała bezpośrednio do warstwy rogowej, nie można było brodawek rozeznąć. Utkanie, skóry właściwej straciło zupełnie

swoje falowate ułożenie, stało się zbite i mocno stwardniałe. W tem zbitem do bliznowatego podobnem utkaniu tu i ówdzie w smugowatym ułożeniu naciek drobnokomórkowy, który w głębszych warstwach jest wyraźniejszy“.

„Natomiast w pasie przybrzeżnym, przedstawiającym przejście do zdrowej skóry, utkanie znajduje się w stanie przerostu. Warstwa rogowa (*stratum corneum*) naskórka znacznie rozszerzone, komórki ułożone są łuskowato w kilku warstwach na rozszerzonej sieci Malpighiusza. Brodawki pod temi miejscami bardzo znacznie w szerz roześciągnięte mniej lub więcej naciekle drobnokomórkowo podobnie jak i cała miazdra“ (*corium*). Na skrawkach znów z innego przypadku O. stwierdził: „tkankę tłuszczową i podskórną również drobno-komórkowo nacieklą. Naciek ten wypełnia w smugowatym ułożeniu szczeliny między tkanką łączną, najczęściej w kierunku pionowym do powierzchni. Pomiędzy tem napotyka się i okrągławe skupienia drobno-komórkowego nacieku, który tu i ówdzie aż do brodawek rozciąga“.

„Wśród utkania można widzieć kilka wąskich przekrojów naczyń, otoczonych naciekiem drobno-komórkowym i przerosłą tkanką łączną, które wyglądają jakby uciśnięte. Zmian w nerwach O. nie widział. Badanie bakteryologiczne, dało wynik ujemny“.

Martin daje następujący opis: „Warstwa rogowa jest na różnej przestrzeni częścią szeroką, częścią wąską; sieć Malpighiusza prawie w całości zcieńczała tak, że często miazdra (*corium*) sięga aż pod warstwą rogową. Brodawki okazują nader rozmaite postacie; na miejscach bardzo zmienionych były one, równie jak i głębiej położona tkanka łączna skóry, naciekle dużemi komórkami okrągłemi, które ułożone były częścią w okrągławych ogniskach, częścią więcej smugowato, między wiązkami tkanki łącznej. Na miejscu drobno-komórkowego nacieku występuje w dalszym przebiegu wybitne stwardnienie skóry właściwej; jest ona matowo-łśniąca, nadzwyczaj uboga w komórki i naczynia. W tkance tłuszczowej podskórnej prawie żadnych gruczołów rozeznąć nie

można, natomiast jest ona także przepojona mniej lub więcej rozległym naciekiem drobnokomorkowym“.

Peter znalazł w przypadku, w którym zmiany chorobowe nie były jeszcze zbyt rozwinięte: „warstwę rogową miernie rozszerzoną obficie nacieklą, leukocytami i charakterystycznymi szklistymi łuskami. Sieć Malpighiusza miejscami nieco spłaszczona; to jednak zdaje się polegać nie tyle na zaniku komórek, ile na bocznem zniszczeniu, skutkiem ucisku do stosunkowo silnej warstwy rogowej. Warstwa ziarnista (*str. granulosum*) zredukowana odpowiednio znaczniejszemu zrogowaceniu do jedno lub dwu-warstwowego, często poprzerzywanego pokładu“.

„Komórki koleczaste i walcowate są mocno napężniałe, w górnych warstwach miejscami i w połączeniu między sobą rozluźnione. Między komórkami istnieje nader obfity naciek leukocytów. Naskórek miazdry (*corium*) na znacznych przestrzeniach podniesiony wypocina, która zawiera ciała białe, złoży włóknikowe, łuski barwikowe i masy bezpostaciowe“.

„Warstwy powierzchowne skóry właściwej są mocno napężniałe, brodawki pod uciskiem obrzęku częściowo zanikłe; przesiąknięte tkanine jest nacieczone białymi ciałkami i złożami włóknikowymi; wiązki tkanki łącznej utraciły swą budowę. W głębszych warstwach skóry uderza gęsty naciek drobnokomórkowy-zapalny, który się jednak tylko do warstwy skóry ogranicza tak, że tkanka podskórna wydaje się prawidłową, a mianowicie, ani koło naczyń, ani koło gruczołów potnych, nie znachodziły się objawy zapalenia“.

„Torebki włosowe, naczynia, gruczoły łojowe i są dobrze utrzymane i nieokazują żadnych zboczeń od prawidłowych“.

„W obrzękłej warstwie brodawkowej nie znachodził zakończeń nerwowych; natomiast w głębszych warstwach obficie stwierdził przekroje zupełnie prawidłowych pni nerwowych, które nie okazywały ani świeżych zmian zapalnych, ani też z wyrodnienia włóknistego. Zanik spostrzegał tylko

w tkance sprężystej. Siatka włókien sprężystych była w prawidłowej ilości do wysokości nacieku drobnokomorkowego w skórze właściwej; ale w tkance łącznej, powyżej położonej i napężniałej, zupełnie niszczała“.

„Pomijając zmianę dotyczącą tkanki sprężystej, w preparatach, które pochodzą ze stosunkowo wczesnego okresu chorobowego wcale znamiona zaniku nie znachodziły się. Najwybitniej występowały zmiany na preparatach zrobionych sposobem Bandy. Obrządek górnych warstw skóry właściwej występował w nich szczególnie wyraźnie, pod nim jednak widać, w miejsce nacieku zapalnego, właściwą siatkę wrzecionowatych albo gwiazdkowatych komórek, które swemi pierwszoczynowemi wypustkami na wszystkie strony ze sobą się łączą, a miejscami są ułożone we włókna. Mamy tu młodą nowowytworzoną tkankę łączną, będącą w bliznowatym kurczeniu się. Szczególniejszem jest to, że w naszych preparatach ta ziarninowa tkanka ogranicza się do średniej trzeciej części skóry właściwej i tworzy tutaj jednostajną ciągłą warstwę“.

„Równocześnie z publikacją Petera przedstawił Neumann w Towarzystwie lekarzy wiedeńskich przypadek, okazujący cechujące zmiany makroskopowe, odpowiadające marskości przedstonka sromowego, w którym znalazł na skrawkach mikrotomowych, odpowiadające zmiany: „warstwa rogowa naskórka, tworzy wstążkowate pasma o falowatym przebiegu; jądra komórek, nawet w głębszych warstwach, ledwo zaznaczone. Warstwa Ohla nigdzie niewidoczna, pod czas gdy warstwa ziarninowa w większej części utrzymana, warstwa ościasta (*stratum spinosum*) występuje bardzo wyraźnie i jak przy wszystkich naskórkowych sprawach przerostowych, wydaje się szczególnie wyraźnie rozwinięta. Tkanka skóry właściwej mocno śpilśniona, w niej widzi się obfite bujanie jąder rozmaitej postaci, zaokrąglone i wrzecionowate. Warstwa brodawkowa utrzymywana, brodawki w niektórych miejscach wydłużone z bujającym utkaniem, bez wyraźnie spostrzegalnych pętli naczyniowych.

Naczynia są objęte miejscami bujającą tkanką łączną; na przekrojach spostrzega się bujanie śródbłonna“.

Zestawiwszy dotychczasowe spostrzeżenia anatomiczno-patologiczne, zebrane tak dobrze wśród obserwacyi klinicznej, jako też i poczynione na skrawkach drobnowidomych widzimy, że tak dobrze w obrazach wolnym okiem widzianych, jako też i pod drobnowidem mamy pewne cechujące znamiona właściwe marskości przedsionka sromowego. Już wolnym okiem stwierdzamy takie objawy cechujące jak bardzo znaczne kureczenie się skóry wyścielającej przedsionek sromowy, połączone z bliznowatą stwardnieniem, z zanikiem warg mniejszych, łechtaczki i ze znacznym zwężeniem wnijścia pochwowego. Ze zmian pod drobnowidem widzianych musimy przedewszystkiem zaznaczyć cechę zapalną cierpienia. W tej sprawie zapalnej musimy rozróżnić dwa okresy (Martin, Peter), a mianowicie: okres pierwszy, w którym widzimy zmiany stosunkowo świeże, t. j. obrzęd zapalny, nacieki i złogi wypocinowe. Następnie stwierdzamy wybitne nowotworzenie w niektórych warstwach, a mianowicie głównie w warstwie naskórkowej, a temsamem wyraźne zgrubienie warstwy rogowej i sieci Malpighiusza. Wreszcie w tym wczesnym okresie występuje już zanik włókien sprężystych zmiany dotyczące kształtu powierzchownego brodawek, oraz zmiany w budowie naczyń krwionośnych.

W okresie drugim przedstawia się obraz zupełnie odmienny, powiedziećby można przeciwny obrazowi pierwszego okresu, zcieńczenie i zanik warstwy rogowej naskórka, naciek drobnokomórkowy sięgający głęboko do warstwy podskórnej zanik wiązek sprężystych tkanki łącznej, spłśnienie i zbliźnowacenie skóry właściwej, spłaszczenie warstwy brodawkowej. Zanik naczyń krwionośnych, gruczołów potnych i łojowych, zanik zakończeń nerwowych.

Dla zaokrąglenia przedmiotu wypada nam powiedzieć słów kilka o rokowaniu i leczeniu.

Od czasu jak Martin uzyskał drogą operacyjną tak świetne wyniki, rokowanie przedstawia się wcale dobrze.

Niektórzy autorowie wspominają o wyleczeniu przez użycie leków na miejsca schorzałe; stosowano przetwory jodowe, rtęciowe i środki przeciwnie, kąpiele; przyznaje to i Martin, że widział polepszenie po takim postępowaniu, Fehling²⁴⁾ zaś twierdzi, że mało one skutkują. Dominującym dzisiaj i jedynie słusznym jest leczenie operacyjne, podane przez Martina, a polegające na doszczętnym wycięciu części schorzałych, a względnie całego przedstonka.

Dotychczasowe wyniki są świetne, zniekształcenie, skutkiem wycięcia schorzałej skóry, nieznaczne a chore czują się dobrze, są swobodne i wolne od dolegliwości. — Po kilkoletniej obserwacji w jednym tylko przypadku widział Martin po 4-ach latach nawrót cierpienia, pomimo zabiegu operacyjnego w pobliżu ujścia cewki moczowej i na tylnej ścianie pochwy. Orthmann wspomina też o recydywie po operacji.

Do spostrzeżeń powyższych pragnę dorzucić własne, zebrane z przypadku, który się odznacza interesującymi szczegółami.

A H. lat 62, 4 razy rodziła, 3 razy roniła, wszystkie porody ukończone kleszczami. Ostatni poród przed 36 laty. Po drugim porodzie cierpiała palenie w okolicy sromowej. Miesiączkowała zwykle 5 dni, zawsze regularnie, bez dolegliwości; od 50 roku życia nie miesiączkuje. Przed 20 laty cierpiała na owrzodzenia w okolicy sromowej, o których nic więcej podać nie umie prócz tego, że przez miesiąc była leczoną i brała kąpiele nasiadowe.

Od 2 lat czuje się chorą, cierpi na bardzo obfite upławy białe, często zielonkawe lub brudne. Z początku uczuwała klócia przeszywające w kroku, obecnie bólów żadnych nie doznaje, na świad sromu nie cierpiała nigdy i obecnie go wcale nie doznaje. Najwięcej dokucza jej prężenie i napięcie w kroku, żali się na ból i parcie przy oddawaniu moczu, na utrudnione chodzenie skutkiem uczucia spętania w kroku. Mąż po drugim dziecku miał chorować na jakieś cierpienia weneryczne (z opisu zapalenie gruczołów chłonnych).

Budowa i odżywienie liche, wybitna niedokrewność. W narządach wewnętrznych nic osobliwego. Srom słabo owłosiony, wargi większe zaznaczone ciemniejszym zabarwieniem i uwłosieniem. Po rozchyleniu warg spostrzega się skórę przedstonka koło uwłosienia białoróżowo zabarwioną ku wnijściu zaś pochwowemu okazującą

białe plamy o wejrzeniu perłowej masy. W miejscu lechtaczki rowek, warg mniejszych ani śladu. Blisko wnijscia pochwowego tu i owdzie pęknięcia skóry. W dolnej trzeciej części wargi lewej znajduje się miejsce wielkości dwuhalerówki, żółtawe, o chropowatej powierzchni, na którym widać żółtawy strupek wielkości grochu, suchy, zbity; miejsce to bardzo bolesne. Wnijscie pochwowo przedstawia rozwartą szparę, w której widać w górze ujście cewki moczowej, otoczone prawidłową błoną śluzową; tuż nad nią przebiega poprzecznie ostro zaznaczona granica chorobowo zmienionego utkania; poniżej widać wypuklającą się tylną ścianę pochwy, zmienioną podobnie jak i skóra przedsionka. Zmiana chorobowa zajmuje tylko tę część pochwy, która się wypukla i kończy się ostrą granicą na szczycie wypuklenia. Wnijscie pochwowo zupełnie niepodatne, palec tylko z trudnością do pochwy wprowadzić można, chociaż na pozór zdawałoby się mogło, że wnijscie pochwowo nie jest tak znacznie skurczone. Wprowadzenie palca nader bolesne.

Pochwa w dotyku skórzasta, podeszwowata, na boki niedająca się przesuwac; tylna ściana podatniejsza od przedniej. W górnej połowie przedniej ściany pochwy, w odległości 3 cm. od wnijscia pochwowego i w sklepieniu pochwowem, napotyka się guz zbity, niepodatny, wielkości dużej spłaszczonej śliwki, poprzecznie ułożony i sterzący do pochwy. W szczycie pochwy i w tylnem jej sklepieniu nierówności zbite, twarde, niepodatne; części pochwowowej, jako takiej, rozróżnić nie można. Z powodu niepodatności kanału pochwowego, badanie zestawione przez pochwę przeprowadzić się nie daje. Po wyjęciu palca, odpływ obfity gęstej krwawej, brudnej wydzieliny. Badanie zestawione dokonane przez odbytnicę, wykazuje walcowatą i zbitą pochwę, w górnej części zgrubiałą, na szczycie której czuć można bardzo małe, w zaniku będące, ciało macicy, przechylone na stronę prawą i ku zatoce krzyżowo-biodrowej prawej. Trąbki, jajniki, więzy okrągłe nie okazują nic osobliwego. Więzy szerokie u podstawy nie naciekle. Mocz wykazuje 0.004% białka, zresztą składniki w ilości prawidłowej, cukru nie zawiera.

Rozpoznano *kraurosis vulvae*, a nadto zmianę nowotworową w pochwie, przechodzącą na część pochwową i szyję zanikającej macicy. Przyroda nowotworu nie dawała się z badania dotykiem określić. W celu stwierdzenia i dokładniejszego rozpoznania wycięto z całej szerokości dolnej części przedsionka po stronie lewej pasek skóry długi na 2 cm. i wydobyto ostrą łyżeczką kawałki z guza położonego w przedniej ścianie pochwy.

Miejsce, z którego kawałek skóry wycięto, zeszyto szwem katgutowym; napięcie wśród szycia było znaczne i z trudnością tylko brzegi zranienia do siebie przybliżyć się dały.

Badanie skrawków z wyskrobanych kawałków nowotworu wykazało cechujący obraz raka nabłonkowego, przez co rozpoznanie zostało ustalone.

W pierwszej chwili nosiłem się z zamiarem wycięcia chorobliwie zmienionego przedsionka, w myśl postępowania Martina; gdy jednak zmiana rozciągająca się na pochwę sklepienia i część pochwową okazała się rakiem, musiałem odstąpić od pierwotnego zamiaru. Wycięcie tylko samej skóry przedsionka, w celu leczenia marskości samej, wydało mi się postępowaniem zbyt połowicznym; musiałem przeto myśleć o wycięciu całej pochwy i macicy.

Umieszczenie nowotworu rakowego w górnej połowie przedniej ściany pochwy, w miejscu ścisłego przylegania pęcherza moczowego do pochwy, nakazywało się obawiać, że podczas operacyi, trzeba będzie wykonać częściowe wycięcie pęcherza moczowego i to w okolicy, gdzie właśnie leżą ujścia moczowodów.

Uwzględniając nader nędzny stan ogólny chorej niedokrewnej, podjęcie tak znacznego zabiegu nie było zachęcającem i nie wiele dla chorej rokującym. W obec tego, nie mogłem bardzo doradzać chorej zabiegu operacyjnego, która też usłyszawszy, że operacya może być potrzebną, stanowczo oświadczyła, że się na żadną nie zgadza. Przez czas dwumiesięcznego pobytu chorej pod opieką lekarską stósowano leczenie objawowe, pochwę przestrzykiwano rozcżynami lizolu lub kreoliny.

Nadmienić należy, że ranka po wycięciu kawałka skóry z przedsionka do badania drobnowidowego, nie zgoiła się przez rychłozrost, ale w trzecim dniu po wycięciu rozeszła się, przedstawiając czyste owrzodzenie. Brzegi owrzodzenia tworzyły w około pas okalający, na 2—3 mm. szeroki, o wejrzeniu perłowej masy; dno wrzodu okazywało żywą, czerwoną ziarninę, określoną ostro odgraniczonym brzegiem. Gojenie się następowało powoli; dno wrzodu pokryte ziarniną przedstawiało krążek coraz to mniejszy; robiło to wrażenie, jakby się brzegi wrzodu nad dnem zaciągały. Zagojenie na-

stąpiło w ten sposób, że prawie znaku nie pozostało, gdzie był kawałek wycięty; przedsionek przedstawiał się po za-gojeniu ranki zupełnie tak, jak pierwotnie przed wycięciem.

W szpitalu wybitniejszych zmian niezauważono. Podmiotowo czuła się chora znacznie lepiej; niemiłe objawy w szparze sromowej przestały jej dokuczać; tylko od czasu do czasu żaliła się na dolegliwości przy oddawaniu moczu, który wreszcie ku końcowi pobytu bezwiednie w bardzo małych ilościach odpływać począł. Wejrzenie przedsionka prawie nie uległo zmianie, wydzielina z pochwy się tylko zmniejszyła.

Pragnąc posiąść materiały do porównania, nim przystąpiłem do badania drobnowidowego wyciętego kawałka, wziąłem z kilku świeżych trupów różnego wieku, od 30 do 60go roku życia, także same skrawki skóry i z tego samego miejsca przedsionka. Jedyne, co stwierdzić mogłem, to było to, że tak dobrze warstwy naskórkowe, jako też i skóry właściwej, były o wiele cieńsze, aniżeli w innych okolicach powłok zewnętrznych; natomiast warstwa tłuszczowa podskórna bogato była rozwinięta.

Badanie drobnowidowe skrawków mikrotomych kawałka skóry z przedsionka pacjentki wykazało zmiany odbiegające nieco od dotychczas opisywanych.

Warstwa rogowa naskórka znacznie zgrubiała, złożona z płaskich łusek, które nawet i w głębszych warstwach jąder nie wykazują. *Stratum lucidum* nie daje się wcale wykazać, natomiast *stratum granulosum* wyraźne, stosunkowo dość szerokie, z kilku warstw dachówkowatych komórek złożone.

Sieć Malpighiusza znacznie szersza niż w skórze prawidłowej, zbudowana z dużych komórek, posiadających bardzo wyraźne wypustki koleczaste i dobrze barwiące się jądra. Postawowa warstwa walcowata nabłonka również dobrze utrzymana.

Dolna granica naskórka nie przebiega falisto, jak to się rzecz ma się w skórze zdrowej, lecz jest zupełnie równą i płaską, a ztąd też i miazdra (*corium*) wcale nieposiada brodawek jej właściwych, lecz również jest przypłaszczona. Z brodawek tych pozostały tylko gdzieniegdzie jeszcze resztki w kształcie wąziutkich pasemek tkanki łącznej, drażących dość wysoko w nabłonek. W tych miejscach, gdzie takie pozostałości brodawek skórnych zostały skośnie przecięte, widzimy w pośród komórek nabłonkowych przyskórka owalne lub podłużne ogniska łączno-tkankowe, posiadające często w środku przekrój naczynia.

Utkanie skóry właściwej, a mianowicie warstw jej, leżących pod nabłonkiem, także różni się znacznie od utkania skóry prawidłowej. Tu nie widzimy już tych długich, równoległych do siebie, a falisto przebiegających pasem tkanki łącznej, ale mamy do czynienia z utkaniem zbitem, włóknistym, złożonym z grubych włókien tkanki łącznej gęsto obok siebie ułożonych i mocno z sobą poplątanych i spłsnionych, tak, że mamy doczynienia z tkaniną zbitą, niepodatną i mało sprężystą.

Na granicy między naskórkiem a skórą właściwą znajdujemy w utkaniu tej ostatniej podłożne, równoległe do nabłonka ułożone smugi nacieku drobnokomorkowego, złożonego z komórek małych, okrągłych i jednojądrzastych, warstwowo-ułożonych. Nacieki te sięgają niżej w głąb skóry.

Naczyń w skórze znalazłem niewiele; a tylko gdzieniegdzie można było napotkać gruczoł łojowy lub potny; porównanie skrawków tych z preparatami, pochodzącymi ze zdrowej skóry, wyciętej z tejże samej okolicy zwłok, wykazuje znaczny zanik tych utworów w naszym przypadku.

Nadmienić mi jeszcze wypada, że odpowiednie zabarwienie skrawków wykazuje w tkance łącznej miazdzy (*corium*) szczególnie w warstwach bliżej nabłonka położonych znaczną ilość komórek tucznych.

Tkanki tłuszczowej nie znalazłem nigdzie, a włókien sprężytych bardzo mało.

Nerwów ani zakończeń nerwowych, w tych powierzchownych warstwach utkania skórniego nigdzie znaleźć nie mogłem.

Dolne warstwy skóry okazują obraz niezwykle, a mianowicie, wśród zbitej tkanki łącznej widzi się mnóstwo przekroi pęczków mięśni gładkich przebiegających w różnych kierunkach. Gdzieś tam przebiegają one podłużnie. Pęczki te przedstawiają się jakby były ułożone w siatce z tkanki łącznej, czyli że mamy tu wybitny obraz nowotworzenia mięśni gładkich (*leo-myoma fibrosum*).

Zszeregowując nasz przypadek z tymi, które dotychczas były opisane, musimy przyznać, że niewątpliwie mamy do czynienia z marskością przedsionka sromowego, zaczętem przemawiają wymownie cechujące zmiany na skórze przedsionka, gołem okiem widoczne, jako też zmiany głębsze, stwierdzone drobnowidem.

Makroskopowo różni się nasz przypadek od dotychczas spostrzeganych tem, że zmiany na skórze przedsionka widziane, nie ograniczają się do wnijścia pochwowego, ale przechodzą na wypuklającą się ze szpary sromowej tylną ścianę pochwy i sięgają na 3 cm. w głąb tylnej jej ściany.

Takie przekroczenie granicy przedsionka spostrzegali Gördes i Pfannenstiel; dotyczyło ono jednak skóry na około rzyci. Tylko Martin widział na tylnej ścianie pochwy guzek, który uważał za nawrót cierpienia po zabiegu operacyjnym. Mimo woli nasuwa się uwaga, że w przypadkach Gördesa i Pfannenstiela granica ta była przekroczoną w kierunku spływających odchodów ze szpary sromowej. W moim zaś przypadku uderza ta okoliczność, że zajęta była część tylnej ściany pochwy, która, skutkiem wypuklenia się ze szpary sromowej, pozostawała w ścisłym zetknięciu z miejscami chorobowo zmienionymi przedsionka.

Dalej zaznaczyć należy, że to, co Martin i Czempin widzieli, t. j. równoczesne pojawienie się raka, znachodzimy w naszym przypadku także, tylko z tą odmianą, że

w przypadku naszym rak był usadowiony na miejscu odległym, w głębi przedniej ściany pochwy i oddzielony od zmian chorobowych, w przedsionku spostrzeganych 3—4 cm. szerokim odstępem zdrowo wyglądającej ściany pochwowej.

Co się tyczy obrazów drobnowidowych, to te są zbliżone bądź do obrazu widzianego przez Petera, bądź też do opisanego przez Neumanna.

Z Peterem zachodzi wspólność w bardzo wyraźnym zgrubieniu warstw przyskrórkowych, w umiejscowieniu nacieku drobnokomórkowego tuż pod siatką Malpighiusza, w skórze już właściwej. (Peter widział w tem miejscu świeże złogi wypocinowe); co do Neumanna aczkolwiek jego preparaty mi nieznanne, nie mogę ich zatem porównywać to przecież według podanego opisu, wspólnem zdaje mi się być zgrubienie warstw naskórkowych i wydłużenie brodawek warstwy brodawkowej.

Peter dostatecznie wykazał, jak sobie zgrubienie warstw naskórkowych należy tłómaczyć i jego wyjaśnienie w zupełności przyjmuję. Nie tak łatwo wytłómaczyć się daje wydłużenie brodawek. Nie zamierzając tworzyć hipotezy, ograniczę stę tylko do wrażenia, jakie odniosłem przy oglądaniu skrawków z mego przypadku. Mianowicie, jak to już wśród opisu skrawków zaznaczyłem, sięgają wysoko w siatkę Malpighiusza; otóż obraz ten mimowoli czyni takie wrażenie, jakoby położone w zagłębieniach między brodawkami, a bujające i mnożące się komórki siatki Malpighiusza, brodawki te zewsząd uciskały, zaczęłyby musiałoby iść ścięnczenie i wydłużenie tych ostatnich tak, że wreszcie częścią zaś zamieniły się w długie cienkie wypustki.

Jeżeliby to tłómaczenie widzianych obrazów było słuszne, należałoby przypuścić, że rozrost siatki Malpighiusza nie następuje jednostajnie, ale owszem, że warstwy głębsze, bliżej brodawek położone szybciej się rozrastają. Zatem, że w tych miejscach najwybitniej występuje zmiana chorobowa, świadczyłaby ta okoliczność, że tu właśnie, nie gdzieindziej znachodził Peter najwyraźniejsze sprawy zapalne. W każdym razie, zgrubienie

warstw naskórkowych, zmiany zanikowe w brodawkach, widoczne zmiany zapalne i obecność gruczołów potnych i łojowych, chociaż nielicznych, przemawia za tem, że przypadek nasz zaliczyliby należało do pierwszego okresu sprawy chorobowej, albo przynajmniej, że przypadek ten należy odnieść do czasu przełomu z jednego okresu w drugi.

Zdaje mi się słusznemby było zestawienie, że przypadek Petera okazuje zmiany z okresu najwcześniejszego gdzie przeważają świeże sprawy zapalne, obrzęki, złogi wypocinowe, obecność leukocytów w tkaninach, gdzie przyszło do zgrubienia warstw naskórkowych, gdzie widoczną już jest utrata włókien sprężystych, gdzie jednak jeszcze nie przyszło do ostatecznego rozszerzenia siatki Malpighiusza i do wybitnych zmian w warstwie brodawkowej głębsze warstwy skóry zmian nieokazują jeszcze, a gruczoły i naczynia niezmienione.

Przypadek Neumanna i mój należałoby zaliczyć do okresu, w którym już pierwsze objawy zapalne minęły, gdzie bujanie siatki Malpighiusza dalej jeszcze postąpiło i sprowadziło zmiany zanikowe w warstwie brodawkowej z względem wydłużeniem brodawek, gdzie już zaczynają występować zmiany w głębszych warstwach skóry, a mianowicie w naczyniach i gdzie wreszcie poczyną się zanik gruczołów potnych i łojowych.

Reszta przypadków, w których znaleziono wybitny zanik naczyń, nerwów, brak zupełny gruczołów, należałoby odnieść do okresu, w którym zmiany dosięgły szczytu swego rozwoju.

Niewątpliwie osobliwością w naszym przypadku jest nowotworzenie mięśni gładkich w skórze właściwej. Obecność *leo-myoma* może być uważana jako rzecz przypadkowa, albo też możnaby sądzić, że czynnik przyczynowy może wywierać wpływ pobudzający na różne tkaniny skóry i tworzyć powikłania różnej natury.

Interesującym by było rozstrzygnąć pytanie: skąd wychodzi to bujanie komórek mięśni?

Na pytanie to stanowczo odpowiedzieć trudno. — Na podstawie jednak naszych preparatów możnaby wypowiedzieć przypuszczenie, że to bujanie komórek mięśni gładkich wychodzi z mięśni gładkich, znajdujących się w ścianach naczyń.

Przypuszczenie to możnaby oprzeć na tem, że na niektórych przekrojach poprzecznych pęczków mięśni gładkich między komórkami widać szczelinę, a w niej ciała krwi czerwone.

Literatura.

- ¹⁾ Breisky — Zeitschr. f. Heilk., Bd. VI p. 69. Centralbl. f. Gyn. 1885 p. 358.
- ²⁾ Fleischmann — Prager med. Wochenschrift 1886 Nr. 36. Centralbl. f. Gyn. 1887 p. 663.
- ³⁾ Janowski — Monatschrift f. prakt. Dermat. 1888 p. 951. Centralbl. f. Gyn. 1889 p. 367.
- ⁴⁾ Orthmann — Zeitschr. f. Geb. und Gyn. Bd. XIX 283 p.
- ⁵⁾ Hallowell — Centralbl. f. Gyn. 1892 p. 743.
- ⁶⁾ Hatchette — Jaresb. ü. Fort. d. Geb. u. Gyn. 1893 p. 206.
- ⁷⁾ Bartels — Inaug.-Diss. 1892. Centralbl. f. Gyn. 1893 822.
- ⁸⁾ Reed. — Jaresb. tn Fort. d. Geb. u. Gyn. 1894 p. 239.
- ⁹⁾ Rona — Jaresb. ü. Fort. d. Geb. u. Gyn. 1894 p. 240.
- ¹⁰⁾ Martin — Samlim klin. Vortr. N. F. 102.
- ¹¹⁾ Peters — Monatschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. III. 297.
- ¹²⁾ Gördes — Monatschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. III. 305.
- ¹³⁾ Czempin — Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 34 p. 460.
- ¹⁴⁾ Neumann — Wien. klin. Wochenschr. 1896 p. 211.
- ¹⁵⁾ Frederick — Jahresb. ü. Fort. d. Geb. u. Gyn. 1891 p. 795.
- ¹⁶⁾ Veit — Handb. d. Gyn. 1898 Bd. III. p. 144.
- ¹⁷⁾ Pfannenstiel — Centralbl. f. Gyn. 1897 p. 1535.
- ¹⁸⁾ Johnston — Centralbl. f. Gyn. 1895 p. 1143.
- ¹⁹⁾ Elischer — Jaresb. ü. Fort. d. Geb. u. Gyn. 1895 p. 240.
- ²⁰⁾ Lebgyear — Jaresb. ü. Fort. d. Geb. u. Gyn. 1895 p. 242.
- ²¹⁾ Sängner — Centralbl. f. Gyn. 1894, 311.
- ²²⁾ Levin — Centralbl. Gyn. 1894, 311.
- ²³⁾ Fischel — Centralbl. Gyn. 1885 p. 358.
- ²⁴⁾ Fehling — Lehrb. Frauenkrankheiten 5. 87.



J. Barącz

Objaśnienie ryciny.

- a) Stratum corneum.
- b) rete Malpighii (stratum mucosum).
- c) wydłużone brodawki skórne.
- d) skośny przekrój szczytów wydłużonych brodawek.
- f) gruczoł łojowy.
- g) naciek drobnokomórkowy.
- h) przekroje wiązek mięśni gładkich.
- k) Corium.

