

GAZETA LEKARSKA.

I. RAK ŻOŁĄDKA, PRZEBIEGAJĄCY POD POSTACIĄ MARSKOŚCI WĄTROBY.

Opisał

Dr Med. J. Pawiński,
ordynator szpitala Ś-go Ducha.

— 3 —

Sok . . . Kamilla, lat 58, wyrobnica, przybyła do szpitala Ś-go Ducha dnia 9 września 1892 r. skarżąc się na kaszel, obrzmienie brzucha i kończyn dolnych. Chora podaje, że przed dwoma miesiącami, bez widocznej przyczyny, zaczęła słabnąć, a na twarzy i nogach zauważyła obrzęk; dopiero później, mniej więcej od 4 tygodni, spostrzegła zwiększenie się objętości brzucha. Kaszel trwa od 5 miesięcy; jednocześnie z kaszlem miały także występować od czasu do czasu uporczywe rozwolnienia. Przed kilku laty chorowała na reumatyzm mięśniowy. Warunki życia miała ciężkie, pracowała z wysiłkiem fizycznym, przyczem wyraźnie zaznacza, że ciężka praca i niewygody były powodem do nadużywania napojów spirytusowych.

Status praesens. Budowa dobra, odżywianie podupadłe, wygląd anemiczny, skóra na twarzy blada z odcieniem nieco żółtawym, na tułowiu zaś koloryt skóry dość ciemny, jakby ziemisty, błony śluzowe oka i warg blade, skóra w ogóle cienka, łatwo daje się ująć w fałdy, tkanki tłuszczowej mało, układ mięśniowy słabo rozwinięty; twarz nieco nabrzmiała, zwłaszcza w okolicy powiek i gruczołów przysusnych.

Na kończynach dolnych, mianowicie na stopach i goleniach, jak również na krzyżu umiarkowany obrzęk. Oddech nieco przyspieszony 35 na minutę, tętno 76, słabe, dość twarde, fale krwi nierówne, tętno niemiernowe w słabym stopniu. Stan bezgorączkowy. W dolnych częściach obu płuc z tyłu klatki piersiowej odgłos opukowy stłumiony na przestrzeni 3 palców w poprzek. Oddech tamże nieco osłabiony, przyczem słychać niezbyt liczne rzężenia trzeszczące; w górnych częściach płuc oddech pęcherzykowy, zaostrzony, a odgłos opukowy u prawego szczytu stłumiony. Z przodu klatki piersiowej granice płuc obniżone, w okolicach podobojczykowych słychać gdzie-niegdzie rzężenia wilgotne, oddech zaś z lewej strony nieokreślony, z prawej pęcherzykowy zaostrzony. Płwocina nieobfita, śluzowa. Uderzenia wierzchołkowego serca niepodobna wyczuć. Tępość serca zdaje się być mniejszą niż zwykle, a choć prawa granica znajduje się blisko środka mostka, to jednakże lewa nie dochodzi do linii sutkowej. U wierzchołka serca obok pierwszego tonu słychać słaby szmer, u podstawy tony czyste, lecz słabe. Objętość brzucha zwiększona, ściany brzuszne dość naprężone, w jamie otrzewnej stwierdzić można obecność płynu (*ascites*). Wątrobę mniejszą, twardą wyczuwa się w prawem podżebrzu, ściśle jednak granic jej oznaczyć niepodobna z powodu naprężenia ścian brzusznych i zawartości płynu w jamie brzusznej. Śledziona powiększona, górna granica rozpoczyna się na VIII żebrze, dolny jej koniec wyczuwa się w postaci twardego ciała w lewem podżebrzu, przy głębokich ruchach oddechowych. Przy ucisku i obmacywaniu brzucha chora bólów żadnych nie doznaje; odgłos opukowy w częściach bocznych i dolnej brzucha stłumiony, w okolicy środkowej jasny, tympanityczny. Język czysty, stolce nieco opieszałe, moczu w ilości 900 ctm. sz. na dobę, zawiera białko w nieznaczej ilości, a mianowicie 0,01%; ciężar właściwy 1005,

Rozpoznanie. *Cirrhosis hepatis, ascites, bronchitis, et peribronchitis chronica.* Z powodu osłabionej czynności serca przepisano chorej nalewkę strofantu, którą chora w przeciągu 10 dni brała w stopniowo zwiększonych dawkach, poczynwszy od 2 razy dziennie po 8 kropeł, aż do 3 razy dziennie po 17 kropeł.

Stan chorej w czasie brania wymienionego środka poprawił się znacznie, a mianowicie: duszność, ciężkość w piersiach, które chorej najwięcej dokuczały, zmniejszyły się znacznie, tętno stało się silniejszym, przestało być niemiarowem, a tylko od czasu do czasu zauważyć w niem można było przestanki, działalność serca wzmogła się, czemu i większe wydzielanie moczu i zmniejszenie obrzęku kończyn towarzyszyło. Prawa granica serca przesunęła się więcej na lewo, do lewego brzegu mostka. Chora, która poprzednio z powodu ogólnego osłabienia i duszności z łóżka ruszyć się nie mogła, zaczęła swobodnie przechadzać się po sali szpitalnej; najdokuczliwszym objawem chorobowym pozostał jednak kaszel, który chorej w nocy spać przeszkadzał. Ponieważ po kilkunastodniowym używaniu nalewki strofantu tętno zaczęło znowu słabnąć i być niemiarowem, a jednocześnie zawartość płynu w jamie brzusznej zwiększała się, zmuszony byłem zaniechać dalszego użycia tego środka. Po podaniu w ciągu kilku dni środków pobudzających i tonizujących przeszedłem do naparstnicy, a to w celu moczopędного działania. Zamierzonego skutku jednak nie osiągnąłem, przeciwnie nawet ilość moczu zmniejszyła się, a czynność serca stała się jeszcze słabszą.

Do tego właśnie osłabienia należy odnieść okoliczność, jaka się wydarzyła w czasie mojej rannej wizyty w oddziale, znajdującej się w odległości kilku łóżek od chorej: zauważyłem, że chora, która przed chwilą ze swoją sąsiadką po cichu rozmawiała, nagle posiniąła. Zbliżywszy się do niej, zauważyłem, że straciła przytomność i przestała oddechać, jednocześnie zaczęła się wyprężyć, tętna wyczuć nie można było, a działalność serca była tak słaba, iż zaledwie 5—6 skurczów na minutę mogłem naliczyć, przyłożywszy stetoskop. Wstrzyknięcie eteru pod skórę, przystawienie kilku papierków gorczycowych, sprysknięcie twarzy zimną wodą, rozcieranie nóg, otrzeźwiły chorą. Sinica zaczęła powoli ustępować, a serce silniej uderzać, wkrótce chora przyszła do siebie, nie wiedząc zupełnie, co się z nią stało.

Po kilku dniach przerwy, w czasie której podawałem chorej środki pobudzające i tonizujące, zastosowałem kofeinę w połączeniu z chininą w ilości 8—10 grn. na dzień. Ponieważ nieosiągnąłem za pomocą kofeiny zwiększenia ilości moczu, a zawartość płynu w jamie brzusznej, jak również objawy ucisku płuc zwiększały się, zrobiłem przekłucie ścianki brzusznej; ilość wypuszczonego płynu surowiczego, wodnisteo wynosiła około 5000 ctm. sześć. Stan chorej poprawił się znacznie: oddech stał się swobodniejszym, duszność ustąpiła. Po wypuszczeniu płynu można było dokładnie wyczuć zmniejszoną, twardą, lecz o równej powierzchni wątrobę. Z otworu, pozostałego po przekłuciu ściany brzusznej, sączył się, zwłaszcza z początku, jeszcze w dość znacznej ilości wodnisty płyn w przeciągu dwóch tygodni, t. j. prawie do samej śmierci chorej. Chora wśród objawów stopniowo wzrastającego wyczerpania sił i upadającej działalności serca życie zakończyła.

Z oględzin pośmiertnych okazało się, że najważniejszą zmianą chorobową był rak żołądka i gruźlica kiszek w postaci nacieczenia i dość licznych owrzodzeń gruźliczych. Rozpoznanie więc moje okazało się błędem: wątroba okazała się wprawdzie małą, twardą, zanikłą, ale nie przedstawiała zmian właściwych marskości. Ponieważ nietylko wątroba, ale i śledziona, a zwłaszcza serce znajdowały się w zaniku, należy więc przypuścić, że powodem było zakażenie rakowateo organizmu, a więc i upośledzenie odżywiania; przytem dodać należy, że i gruźlica kiszek przyczyniła się również do wyniszczenia sił chorej.

W danym więc przypadku istniały w jamie brzusznej dwie choroby: rak i gruźlica, które według dawnych zapatrywań miały się wzajemnie wyłączać. Przypadek opisany zasługuje na uwagę głównie pod względem rozpoznania: objawy, towarzyszące chorobie, ugrupowały się w ten sposób, iż rozpoznanie mar-

skości wątroby przedstawiało wszelkie prawdopodobieństwo. Przy pierwszym widzeniu chorej, ze względu na ogólny wygląd chorej, a głównie obrzmienia twarzy, kończyn, brzucha i braku dostatecznych danych na cierpienie serca, zdawało mi się, że mam do czynienia z przewlekłym zapaleniem nerek; badanie jednak drobnowidzowe osadu moczu, a mianowicie brak cylindrów moczowych sprzeciwiało się powyższemu rozpoznaniu. Kiedy po kilkudniowym pobycie chorej w szpitalu zacząłem wyczuwać małą twardą wątrobę i śledzionę powiększoną; wreszcie, zważywszy, że chora oddawała się pijaństwu, czego potwierdzeniem były także zgrubiałe ścianki tętnic: przyszedłem do przekonania, że mam do czynienia z marskością wątroby. Dalszy przebieg zdawał się potwierdzać podobne rozpoznanie: pomimo wzmocnienia działalności serca, a nawet i zwiększenia dyurezy, zawartość płynu w jamie brzusznej nie zmniejszała się, a nawet przeciwnie stawała się większą; wreszcie po wypuszczeniu znacznej ilości płynu byłem w stanie dokładnie się przekonać, że wątroba była małą, twardą. Ponieważ chora w ciągu całego przebiegu choroby nie skarżyła się na żadne bóle w żołądku, trawiła stosunkowo dobrze, wymiotów żadnych, a tem więcej krwawych nie miała, a prócz tego w okolicy żołądka żadnego guza nie wyczuwałem, nie było więc najmniejszego podejrzenia cierpienia żołądka, dlatego i badania soku żołądkowego nie dokonałem.

Sekeya tymczasem, ku wielkiemu memu zdziwieniu, wykazała raka na małej krzywiźnie w odległości 3—4 ctm. od odźwiernika żołądka; rak więc tu przebiegał zupełnie skrycie, podkopując organizm, a nie ujawniając się pod żadnym względem. Dodać należy, iż był on ograniczony i nie rozprzestrzenił się ani na wątrobę, ani na gruczoły jamy brzusznej. Owrzodzenia gruczoły w kiszkaach stały się prawdopodobnie powodem rozwoleń, które od czasu do czasu w przebiegu choroby zauważyliśmy.

Zaznaczyć tu także wypada, że pod koniec choroby skóra, zwłaszcza na tułowiu i kończynach dolnych, przybrała ciemną, ziemistą barwę, przypominającą zabarwienie skóry właściwe chorobie ADDISON'a, twarz jednak była blada, a łącznica oka z lekkim odcieniem żółtawym.

Zachodzi teraz pytanie, jak objaśnić sobie puchlinę jamy brzusznej, która tak znacznych dosięgła rozmiarów, iż zmuszony byłem dla usunięcia silnego ucisku płuc jamę brzuszną za pomocą przekłucia opróżnić. Zanik wątroby przy złem odżywianiu naczyń krwionośnych w ogóle i upadku działalności, będącego w stanie zaniku, serca, wodnisty stan krwi, stały się powodem tak znacznego przesięku do jamy otrzewnej. Śledziona, którą za życia uważałem za zwiększoną, okazała się małą, twardą, zanikłą. Błąd ten powstał wskutek tego, iż z powodu zebrania płynu w jamie opłucnej, śledziona wydawała się powiększoną ku górze. O podobnym przypadku, w którym rak żołądka przebiegał w postaci marskości wątroby wspomina prof. J. M. DA COSTA w Filadelfii w swoim podręczniku specjalnej dyagnostyki lekarskiej. Dotyczył on chorego z puchliną jamy brzusznej i przesiękiem w lewej jamie opłucnej, u którego zaburzenia w trawieniu były bardzo nieznaczne, a guza żadnego w okolicy żołądka nie można było wymacać; z powodu przesięku do jamy opłucnej niepodobna było ściśle oznaczyć wielkości

śledziony, żyły brzuszne były nieco pełniejsze niż zwykle, a tępość opukowa wątroby nie dosięgała dolnego brzegu podżebrza. W moczu znajdowano barwniki żółciowe. Rozwolnienie i stopniowo zwiększające się wychudnienie były najwydatniejszymi objawami. Człowiek ten prowadził życie bardzo luźne. Pod względem klinicznym, mówi autor, przypadek ten mógł służyć za ilustrację marskości wątroby, tymczasem na sekcji znaleziono raka, który zajmował cały żołądek, z wyjątkiem odźwiernika; wątroba zaś była wprawdzie małą i twardą, silnie przekrwioną, ale nie przedstawiała zmian właściwych marskości.

II. Z DZIEDZINY CHIRURGII DRÓG ŻÓLCIOWYCH.

Podał

Ryszard Bukowski.

— 2-3 —

[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 24].

2) *Cholecystotomia idealis* (*à suture perdue*), teoretycznie podana przez SPENCER-WELLS'a ¹⁾, polega, jak wskazuje sama nazwa, na rozcięciu pęcherzyka, dokładnem oczyszczeniu z zawartości jego wnętrza, zaszcyciu i opuszczeniu całego narządu do jamy otrzewnej. Usuwając przyczynę cierpienia, nie zostawiając po sobie przetoki, ani zrostów ze ścianą brzuszną, operacja byłaby prawdziwym ideałem zabiegów i dążności zachowawczej chirurgii, gdyby już pierwsze próby [MEREDITH ²⁾, COURVOISIER ³⁾, BERNAYS ⁴⁾, LANGE ⁵⁾], nie wykazały ujemnych stron i niebezpieczeństw, na jakie chory przez sam jedynie rękoczyn narażonym bywa. Najważniejszym z powikłań, występujących bezpośrednio po dokonanej operacji, będzie wylanie się zawartości pęcherzyka do jamy brzusznej i następnie, ostre zapalenie otrzewnej [LAWSON-TAIT ⁶⁾]. W szeregu przyczyn, wywołujących to zjawisko, na pierwszym miejscu postawić należy pooperacyjne zapalenie ścian—*respective* błony śluzowej, która nabrzmieniem swoim spowodować może zupełne zatkanie wszystkich przewodów, a w szczególności pęcherzykowego. Skurczony początkowo pęcherzyk, pod wpływem powiększającego się ciśnienia, szybko rośnie, szwy rozrywają spojone brzegi i zawartość wylewa się do jamy otrzewnej [TAIT, LANGENBUCH, THORNTON, HENRY MORRIS, SONNENBURG i t. d.]. Toż samo zjawisko wywołać może i skurcz (*spasmus*) żółciowodu i wreszcie kamień żółciowy, który pomimo dokładnego badania uszedł naszej uwagi lub też już po ukończeniu operacji nagle opuścił się z wątroby do przewodów. U chorej COURVOISIER'a (*l. c.*) żółtaczka nie znikła po operacji, guz pęcherzyka urósł do poprzednich rozmiarów, wy-

¹⁾ Brit. med. Jour. 1885.

²⁾ Brit. med. Jour. 1885, str. 431.

³⁾ Arch. f. klin. Chir. J. ROHN. 1884.

⁴⁾ Weckly. med. Rev. St. Louis. 1885. cit. The Brit. med. Jour. 1886,

⁵⁾ New-York med. Jour. 1886, str. 106.

⁶⁾ Brit. med. Jour. 1884, Mai 3,

próżnienia pozostawały zawsze niezabarwione, a mocz—przepełniony barwnikami żółci. Stan taki trwał do śmierci [dwa miesiące], a dokonana sekcyja wykazała bliznowate zarośnięcie przewodu pęcherzykowego, pod blizną zaś niewielki kamień, który uciskał przewód wątroby. W patologicznych stanach pęcherzyka i nałożenie szwu jest trudniejsze i pewność jego utrzymania bardziej ryzykowna. Z tego względu nie pozbawioną jest słuszności uwaga SENGER'a ¹⁾, który na zasadzie licznie dokonanych sekcyi twierdzi, że kamienie żółciowe przy zdrowym skądinąd pęcherzyku dostają się zwykle do kiszki bez żadnych subiektywnych objawów; wyjątek naturalnie stanowią te tylko, które swoją wielkością zatykają przewody, wywołując napady kolki lub objawy zastoju żółci. Rzecz ma się zupełnie przeciwnie, gdy ścianki pęcherzyka są patologicznie zmienione: najmniejszy kamień sprowadza wówczas różnorodne dolegliwości, które lekarz często bardzo przyjmuje za cierpienie żołądka, kiszki i t. d., a które w rzeczywistości manifestują tylko cierpienie pęcherzyka. Wychodząc z tej zasady, przypuszcza on, że przy operacyach na pęcherzyku nigdy nie spotykamy ścianek jego *par excellence* zdrowych i że dlatego *cholecystotomia idealis stricte sic dicta* zawsze naraża chorego na niebezpieczeństwo. Wszystkie te okoliczności zmusiły chirurgów nietylko do szukania sposobów, zabezpieczających możliwość pęknięcia, lecz także i do ścisłego określenia warunków, przy których wykonanie tego rękoczynu byłoby możliwe i pomyślnie rokowało zejście. Aby zadość uczynić pierwszemu wskazaniu, proponowano bądź różne sposoby nakładania szwów: dwupiętrowy [BERNAYS, KUESTER, LORETA], trzypiętrowy [LANGE], bądź środki, przez które uniknąć by można zakażenia otrzewnej. Rękojmia ostatniego bezpieczeństwa polega na stosowaniu przy operacyi rozmaitych form postępowania, przez które staramy się odosobnić jamę otrzewnej od zaszyczego pęcherzyka. Czy zawsze nam się udaje osiągnąć cel zamierzony, przesądzać trudno. Aby zaradzić złemu, już pierwszy CREDE ²⁾ nie zeszywał całkowicie jamy brzusznej, lecz przez pozostały otwór wprowadzał aż do miejsca zaszyczego pęcherzyka zwitek gazy jodoformowej, po którym żółć, w razie rozejścia się szwów, splywać by mogła na opatrunek zewnętrzny. Następnie CZERNY ³⁾ po zaszyciu pęcherzyka nie opuszcza go zupełnie do jamy brzusznej, lecz kilkoma szwami przyczepia do ściennego listka otrzewnej tak, aby szew pęcherzykowy odpowiadał wprost ranie zewnętrznej, przez którą wylewać się będzie zawartość pęcherzyka, w razie jego pęknięcia. Jedyną ujemną stroną tego, może najracjonalniejszego, sposobu postępowania stanowią nieuniknione zrosty pęcherzyka, ograniczające w pewnej mierze ruchy wątroby przy oddechaniu. Dwie inne jeszcze zmiany WOELFLER'a ⁴⁾ i SENGER'a ⁵⁾ polegają na wykonaniu cholecystotomii w dwa tempa z następczem zeszyciem ścian pęcherzyka,

¹⁾ Berl. klin. Woch. 1890. Nr. 2.

²⁾ Zur Chirurgie der Gallensteinkrankheit. Arch. f. klin. Chir. 1889. T. XXXIX, str. 517.

³⁾ Beiträge zur Chir. der Gallenblase. Beit. zur. klin. Chirurg. 1889. T. V, str. 101.

⁴⁾ SLAJMER. Die ideale Cholecystotomie zweizeitig ausgeführt. Cent. für Chir. 1890, str. 704.

⁵⁾ Ueber eine zwäckmässige Methode der operativen Entfernung von Gallenstein, Berl. klin. Woch. 1890 u. 2.

który po zniszczeniu utworzonych zrostów opuszczamy do jamy otrzewnej. SENGER na pierwszym posiedzeniu wydobyty pęcherzyk skręca nieco na prawo i za pomocą jednego szwu i opatrunku umocowuje ponad powierzchnią ścian brzusznych, a na drugim [w 2 lub 3 dni później] otwiera go, oczyszczony z zawartości napowrót zaszywa i w tej pozycji zostawia do zupełnego zagojenia się rozciętych ścianek. W razie pomyślnie zakończonej sprawy powstałe zrosty rozrywa i organ opuszcza do jamy otrzewnej; jeżeli zaś zostaje choćby niewielka przetoka; jeżeli zrosty krwawią nadmiernie; jeżeli wreszcie istnieje najmniejsza obawa zakażenia; całą tę sprawę pozostawia siłom natury, pod wpływem których pęcherzyk wciąga się do jamy brzusznej i normalne przyjmuje położenie. Mozolna i zmuDNA ta metoda, bez wybitnych zalet, słusznie uległa surowej krytyce LANGENBUCH'a ¹⁾ i dotąd wcale nie znalazła naśladowców. Ujemne jej strony aż nazbyt są widoczne: wydobywanie różnej wielkości pęcherzyka nie zawsze da się skutecznie; zbyt słabe jego umocowanie przy jednoczesnym zgięciu zniszczone być może pod wpływem ruchów oddechowych wątroby i wówczas opuszczony sam przez się pęcherzyk łatwo wywoła zakażenie otrzewnej; dwu lub nawet trzydniowy termin nie jest dostatecznym dla wywołania zrostów tak trwałych, aby one zabezpieczyły chorego od niemożliwości oderwania się już zeszytego pęcherzyka; przy najlepszym przebiegu pozostaje tu również niepożądane połączenie pęcherzyka ze ścianą brzuszną; a w końcu rozcięcie i badanie przyrośniętego pęcherzyka ze względów, wyłuszczonej już w poprzednim rozdziale, jest może największą wadą tego sposobu postępowania.

Wszystko to znacznie osłabia doniosłość idealnej cholecystotomii, w której osnowie leżą jeszcze pierwszorzędnne warunki niezbędne dla możliwości jej wykonania. 1) Drożność wszystkich przewodów żółciowych: oto podstawowy warunek idealnej cholecystotomii; nietylko zupełne ich zamknięcie, lecz nawet nieznaczne zwężenie naraża chorego na powrót choroby i wtórną operację już innego typu. 2) Stan patologiczny pęcherzyka i przewodów żółciowych. Stwarzając normalne warunki bytu, zwrócić należy uwagę, czy pęcherzyk tym warunkom w zupełności odpowie; czy stan, w jakim się wówczas znajduje, da nam rękojmię trwałości i bezpieczeństwa; dlatego też pęcherzyki skurczone, kruche, z grubymi ścianami, z owrzodzeniami na błonie śluzowej, *respective* z ropną zawartością, najmniej nadają się do tego rodzaju rękoczynu. Jedynie więc operację zalecić można przy wodnej puchlinie pęcherzyka z jednoczesną drożnością wszystkich przewodów [CREDE, KUESTER], a w wyjątkowych tylko razach przy ropnym otoku. Istnieją jednak przypadki, które niekiedy zmusić nas mogą do stosowania tego zabiegu: są to albo zbyt małe pęcherzyki, niemożliwe do umocowania w ranie brzusznej, lub też otoczone tak silnymi zrostami, że ani o przyszyciu, ani o całkowitem ich wycięciu marzyć nie możemy. Z konieczności wówczas uciec się musimy do idealnej cholecystotomii; albo, co pewnie, wypada nam zostawić rozcięty pęcherzyk, odosobniając go, ile możności, od reszty jamy otrzewnej.

¹⁾ Berl. klin. Woch. 1890 u. 5.

3) *Cholecystectomy* — całkowite wycięcie pęcherzyka żółciowego. Myśl właściwie wypowiedzianą jeszcze w przeszłym wieku przez HERLIN'a ¹⁾, wskrzęsili dopiero LANGENBUCH ²⁾ i w roku 1882 z pomyślnym skutkiem w wykonanie wprowadził. Możliwość dokonania tego rękoczynu opartą jest na faktach stałego braku pęcherzyka u niektórych zwierząt [koń, wielbłąd, słoń i t. d.], jak również i na rzadkich analogicznych przypadkach braku jego u człowieka [TH. ROTH] ³⁾. Postępowanie podane pierwotnie przez LANGENBUCH'a polega: na otworzeniu ścian brzusznych cięciem w kształcie litery T, oczyszczeniu z zawartości pęcherzyka, oddzieleniu go od istniejących zrostów, starannem podwiązaniu przewodu pęcherzykowego i wreszcie przedrenowaniu jamy lub założeniu worka MIKULICZA. CALOT, wychodząc z zasady, że dno pęcherzyka odpowiada połączeniu IX i X, żebra, radzi cięcie boczne, zaś PERRIER, BROCA, GUILLEMAIN, TERRIER — środkowe; są to jednak rzeczy mniejszej wagi wobec okoliczności, na które przy dalszem postępowaniu szczególnie baczną uwagę zwrócić należy. Pierwsze między niemi miejsce zajmuje najdokładniejsze badanie przewodów żółciowych; podstawowym bowiem warunkiem całkowitego wycięcia jest drożność żółciowodu (*d. choledochi*). Druga nie mniej ważna okoliczność, mogąca powstrzymać nasze zabiegi, to silne zrosty pęcherzyka z dwunastnicą [TERRIER] ⁴⁾, z okrężnicą i ścianą brzuszną [MICHAUX] ⁵⁾, a szczególnie z wątrobą. Wobec tych ostatnich z obawy nadmiernego krwawienia lub znacznych uszkodzeń wątroby radzą oddzielać zrosty bez użycia noża, a w razie niemożebności nawet część pęcherzyka zostawić [MICHAUX]. Obrażenie wątroby na znacznej przestrzeni było przyczyną następczego wydzielania się żółci z poranionej powierzchni [KOCHER ⁶⁾, KOEBERLE] ⁷⁾, a silne krwawienia nieraz opanować się nie dały [HAGEMANN] ⁸⁾. Do niezmiernie szczęśliwych chyba zaliczyć można przypadki: THIEM'a ⁹⁾, któremu, pomimo silnych zrostów pęcherzyka z wątrobą, kiszka i ścianą brzuszną, udało się całkowicie go wyłuszczyć; HOCHENEGG'a ¹⁰⁾, CREDÉ'go ¹¹⁾, którzy przy wyjęciu pęcherzyka jednocześnie uciec się musieli do częściowego wycięcia wątroby, a mimo to zatrzymali całkowicie krwawienie. Niemniej ważnym jest również sam akt podwiązania przewodu, z którym łatwo jest uchwycić w szypułkę tętnicę wątrobową [CALOT] ¹²⁾, lub przez zbyt niskie nałożenie ligatury ściągnąć jednocześnie błoniastą część żółciowodu (*d. chol.*), wywołując tym sposobem jego zwę-

¹⁾ Sur l'ouverture de la vesicule du fiel son extirpation chez le chien et le chat. Jour. de med. de chir. et de pharm. dirigé par Roux. 1767. T. XXVII.

²⁾ Berl. klin. Woch. 1882, str. 725. Nr. 46.

³⁾ Zur Chir. der Gallenwege. Arch. f. klin. Chir. herausg. v. B. v. LANGENBUCH. Bd. 32. I. str. 140.

⁴⁾ Presse med. de Belge. XVIII.

⁵⁾ Rev. de Chir. 1889. IX.

⁶⁾ Deutsch. med. Woch. 1890.

⁷⁾ All. Wien. med. Zeit. 1888. Nr. 17 i 18.

⁸⁾ Bericht über die Verhandlung der deut. Gesel. f. Chir. 1889.

⁹⁾ Exstirpat. der Gallenblase. Arch. f. Chir. v. LANGENBECK. T. 39. I. str. 231.

¹⁰⁾ Ein Beitrag zur Leberchirurgie. Wien. kl. Woch. 1890. Nr. 12.

¹¹⁾ Zur Chir. der Gallensteinkrankheit. Arch. für kl. Chir. 1889. T. 39.

¹²⁾ De la cholecystectomy. Thèse. Paris. 1890.

zenie i następcze groźne objawy. [TERRIER *et* DALLY] ¹⁾. DEROUBAIX (*l. c.*) radzi, aby pomocnik, stojący z lewej strony, dłonią lewej ręki uciskał okrężnicę i dwunastnicę, a wskazicielem tejże, wszedłszy do rozziwu WINSLOW'a podniósł ku górze przewód pęcherzykowy. Samo rozcięcie przewodu skutecznie najlepiej między dwiema pensetami PÉAN'a [HYERNAUX] ²⁾, na szypułę nałożyć mocną podwiązkę, a powierzchnię zkauteryzować żegadłem PAQUELIN'a. PERRIER i DEROUBAIX, z obawy sączenia się żółci z przewodu [przyp. KOEAEERLE'go *l. c.*] zakrywają kanał dwoma rzędami szwów, z których zewnętrzny chwyta tylko błonę surowiczą. Podobne postępowanie przy ropnym otoku pęcherzyka na szczególne uwzględnienie zasługiwać powinno. Po dokonaniu starannej toalety jamy brzusznej, niektórzy [MICHAX, MATLAKOWSKI i t. d.] radzą przyzepiać kikut do ściany brzusznej, inni zadowolniają się tylko wprowadzeniem sączka lub zwitka gazy jodoformowej, a TERRIER w wątpliwych razach odgranicza ognisko sposobem dawniej przez nas skreślonym.

W wyjątkowym przypadku, operowanym przez BROCA, pęcherzyk żółciowy otoczony był tkanką tłuszczową (*production sclero-adipeuse*), którą HARTMANN ³⁾ upodobnia do spotykanej przy ropnym zapaleniu miedniczki nerkowej (*peripyelitis*); tkanka ta, po wyluszczeniu pęcherzyka, tworzyła rodzaj łożyska, które z łatwością odosobnić się dało od reszty jamy otrzewnej. Sądzę jednak, że niekiedy można by było porzucić wszystkie te zabiegi i po starannie dokonanej dezynfekcji jamę brzuszną zaszyć odrazu; tak postąpiłem w moim przypadku, który mimo to przebiegał bez najmniejszych powikłań ze strony otrzewnej.

Silne zrosty i krwawienia, nie pozwalające czasem nawet dokończyć operacji [przyp. KUEMMEL'a], skłoniły ZIELEWICZA ⁴⁾ do odstąpienia od wycięcia pęcherzyka, który zostawia autor nietkniętym, a zadawała się tylko podwiązaniem i przecięciem przewodu pęcherzykowego ⁵⁾. Narząd, pozbawiony funkcji, podlegać ma zanikowi, co jednak ściślej nie wytrzymuje krytyki [MATLAKOWSKI] ⁶⁾; pęcherzyk bowiem tylko drogą długiego ropienia zrasta się zwykle z otaczającą go tkanką i wówczas dopiero zupełne wyzdrowienie osiągnąć się daje. Pomimo to jednak metodę wyżej opisaną z pożytkiem stosować by można nie tylko przy częściowym wycięciu, lecz również i w tych przypadkach cholecystotomii, w których pęcherzyk mały, skurczony, głęboko leżący pod wątrobą, nie da się przyszyć do rozciętych ścianek brzusznych [KUEMMEL].

LANGENBUCH (*l. c.*), zalecając gorąco wycięcie pęcherzyka żółciowego, twierdzi, że operacja jest nie tylko łatwiejszą i mniej niebezpieczną od normalnej cholecystotomii, lecz, co ważniejsze, stanowczo zapobiega tworzeniu się przetoki, która w wielu

1) Du cathétérisme des voies biliaires. Rev. de chir. str. 143. 1892.

2) Acad. R. de Belgique. 1885, 31 janv. str. 55.

3) Bull. de la Soc. anatom. 1891.

4) Die cholecystotomie mit Unterbindung des duct. cysticus. Centr. f. Chir. 1888. Nr. 13. str. 225.

5) Myśl połączenia cholecystotomii z podwiązaniem przewodu pęcherzykowego wypowiedziana była już dawno przez CAMPIGNAC'a i ROTH'a, vide ZAGÓRSKI: Przyczynę do chirurgii dróg żółciowych. 1887.

6) Gazeta Lekarska. 1889. Nr. 25 i 26.

razach stanowi długie, a czasem i nieuleczalne kalectwo. Wychodząc dalej z zasady, że kamienie żółciowe li tylko w pęcherzyku powstawać mogą, przemawia za wycięciem, jako jedynie radykalnym środkiem leczenia litiazy, której powroty, według jego zdania, są już niemożliwe. „*Ein Recidiv für immer ausgeschlossen ist*“. To jednak ostatnie twierdzenie jednogłośnie przez wszystkich odrzucone zostało. Nikt, prawda, nie przeczy, że w pęcherzyku żółciowym przedewszystkiem kamienie tworzyć się mogą, lecz niemniej częsta ich obecność w przewodach, a nawet w tkance wątroby nie wyklucza i tych miejsc z ogólnego prawidła. Nie zatrzymując się wcale nad zdaniem SCHUEPPEL'a, ORT'a, NIEMEYER'a, TAIT'a, ROUX i innych, wspomnę tu tylko dwa przypadki, które najdokładniej nam wykażą bezzasadność jego zdania. Pierwszy z nich, to przypadek SENDLER'a ¹⁾, w którym na sekcji znaleziono: pęcherzyk pusty, przewód pęcherzykowy zupełnie przepuszczalny, żółciowód z dwoma kamieniami w bliskości dwunastnicy, wszystkie zaś przewody wątrobowe, nawet najcieńsze ich gałęzie, znacznie rozszerzone i wypełnione żółcią, ropą i kamieniami. Stan ten już chyba byłoby trudno objaśnić wędrówką wszystkich kamieni z pęcherzyka do przewodów i wątroby, jak to pierwotnie dowodził LANGENBUCH. Z doświadczeń ODDI ²⁾ nad siłą zwieraczy przewodu pęcherzykowego i żółciowodu, jak również i z fizjologii trawienia wiemy, że do dwunastnicy przedewszystkiem wylewa się żółć z żółciowodu i pęcherzyka, a następnie tylko zebrana w przewodzie wątrobowym i jego rozgałęzieniach; trudno więc przypuścić, aby kamień, choćby przypadkowo i wpadł do przewodów, posuwał się w nich w kierunku przeciwnym biegowi żółci.

Jeszcze może ciekawszy jest przypadek BRAUN'a, opisany przez RIEDEL'a ³⁾: wyciął on pęcherzyk, wypełniony kamieniami, 44-letniej chorej, cierpiącej w ciągu lat 8 na kolkę i żółtaczkę, a chociaż żółciowód był zupełnie pusty, chora jednak po operacji w przeciągu 19 dni miewała napady kolki, które odąd powtarzały się co kilka miesięcy z jednocześnie występującą żółtaczką. Ten przypadek widocznie już chyba przemawia za możliwością powrotu cierpienia. Niemniej ciekawe są historie chorób PARKES'a ⁴⁾ i HOFMOKL'a ⁵⁾, gdzie po zrobionej cholecystectomii wydzieliło się przez odbyt u pierwszego 5, a u drugiego 24 kamieni żółciowych; wreszcie chory TERRIER'a ⁶⁾ wyzdrowienie swoje zawdzięcza tylko powstaniu samodzielnej przetoki, przez którą wyszło kilka kamieni żółciowych. Z tej wychodząc zasady, odrzucić wprost należy twierdzenie LANGENBUCH'a i przyjąć wręcz przeciwne zdanie GUILLEMAIN'a ⁷⁾: „*la cure radical des coliques hépatiques doit être abandonnée*“. Prócz wyżej podanego zarzutu wspomnieć muszę również o słusznych wnioskach CREDÉ'go ⁸⁾, zrobionych dzięki doświadczeniom

¹⁾ Deutsche Zeitsch. f. Chirur. 1888. Bd. XXVI.

²⁾ Effeti dell extirpazione della cisti fellea. Bull. de Soc. med. d. Bologna. 1888.

³⁾ Berl. klin. Woch. 1888.

⁴⁾ Amer. Jour. of Science. 1885, str. 95.

⁵⁾ Wien. med. Presse. 1885, str. 1509.

⁶⁾ Bul. de l'Acad. de med. 1891, str. 388.

⁷⁾ Gaz. heb. de med. et de Chir. 1891, str. 461.

⁸⁾ Zur Chir. der Gallenblase. Deut. Zeit. f. Chir. 1889. Nr. 40.

na zwierzętach i sprawdzonych przez ścisłą obserwację nad chorymi z wyciętym pęcherzykiem żółciowym. Powiada on, iż u psów, pozbawionych pęcherzyka, już w kilka dni po zrobionej operacji rzuca się w oczy niczem nieusprawiedliwiona żarłoczność przy jednoczesnym ubytku na wadze. Podobne objawy zauważył on również u dwóch przez siebie operowanych chorych, które, mimo bajeczne łaknienie, w pierwszej chwili chudły [jedna straciła 12, druga 5 funtów] i dopiero po 4 tygodniach odzyskały pierwotną swą wagę. Niezbyt trudnem zdaje się wyjaśnienie tego faktu, nie tylko ze względu fizyologicznego znaczenia żółci i czynności pęcherzyka, lecz również i na zasadzie objawów, jakie spostrzegamy u psów, pozbawionych tego organu. Żółć, nieustannie wydzielana przez wątrobę, gromadzi się w pęcherzyku, skąd tylko podczas okresu trawienia cały jej zapas wypróżnia się do dwunastnicy; przy zupełnym zaś braku tego organu spływa ona nieustannie do kiszek i dlatego w chwili obecności pokarmu mała jej ilość, nieodpowiednia potrzebie, tak znaczny wpływ wywiera na zaburzenia w odżywianiu. U psów bez pęcherzyka, zabitych po pewnym przeciągu czasu, CREDE i LORETA¹⁾ zauważyli znaczne rozszerzenie wszystkich przewodów wątrobowych, a w podwiązanej szypule powstający uchylek, jakby zaczątek nowego narządu.

Operacja wycięcia pęcherzyka wywołała najsprzeczniejsze oceny i uległa gorącej krytyce, szczególnie ze strony LAWSON-TAIT'a²⁾, który do ostatniej chwili był najzawziętym jej przeciwnikiem, nazywając niedorzecznością cały ten zabieg operacyjny. Jakkolwiek wiele zarzutów uczynić by jej można i nazwać wprost fizyologiczną herezyą twierdzenie, jakoby pęcherzyk dla organizmu był narządem zbytecznym, to jednak nawet wobec najsukrajniejszych zasad zachowawczej chirurgii przyznać jej należy prawo obywatelstwa i uważać ją za operację dozwoloną, racjonalną i w odpowiednich przypadkach koniecznie potrzebną.

Poznawszy wszystkie dane, dotyczące wycięcia pęcherzyka żółciowego, przystąpmy teraz do postawienia wskazań, które upoważniają nas do wykonania tego rękoczynu. Warunkiem podstawowym, warunkiem *sine qua non* będzie drożność żółciowodu (*d. chol.*), a ogólnem wskazaniem wszystkie te patologiczne stany pęcherzyka, przy których staje się on narządem zbytecznym albo zagrażającym życiu. Do tych więc zaliczać będziemy:

- a) wszystkie uszkodzenia pęcherzyka, pochodzące bądź wskutek bezpośrednio zadanej rany, bądź wskutek pęknięcia jego przy całości ścian brzusznych,
- b) wszystkie nowotwory pęcherzyka, a szczególnie złośliwe,
- c) wszystkie przypadki ropnego otoku, któremu towarzyszy zarośnięcie lub zatkanie kamieniem przewodu pęcherzykowego (*d. cyst.*) z jednoczesnem zwyrodnieniem całego narządu, zgrubieniem i skurczeniem ścian jego, z owrzodzeniem błony śluzowej i t. d.,

¹⁾ Rev. de chir. 1888, str. 515.

²⁾ Brit. med. Jour. 1885.

d) wszystkie wodne puchliny z zupełnem zamknięciem przewodu pęcherzykowego (*obliteratio completa d. cyst.*) i jednoczesnymi zmianami w ścianach; TERRILLON raz wykonał cystektomię z powodu inkrustacji ścian pęcherzyka,

e) długo niegojące się przetoki po dokonanej cholecystostomii, lecz tylko śluzo-ropne (*fistulae muco-purulentae*),

f) pierwotne ostre przypadki kolki wątrobowej, którym towarzyszą znaczne patologiczne zmiany pęcherzyka z jednoczesnem zarośnięciem lub zatkanie przewodu pęcherzykowego (*d. cyst.*),

g) te przypadki normalnej cholecystotomii, w których zbyt mały i głęboko umieszczony pęcherzyk nie da się przyszyć do ściany brzusznej,

h) wreszcie, według THIRIAR'a ¹⁾, istnieje jeszcze jedno wskazanie do wycięcia: są to mianowicie nerwice pęcherzyka żółciowego (*vésicule irritable et douloureuse*). Przeciwwskazanie jest tylko jedno — niepokonane zrosty pęcherzyka.

Przy końcu nie mogę powstrzymać się od uwagi, którą przedewszystkiem każdy chirurg na względzie mieć powinien: nie pozbawiajmy chorych organu, nie mając zupełnej pewności, że wszystkie drogi żółciowe są wolne, że bieg żółci po nich bez żadnych przeszkód odbywać się będzie. Przy najmniejszym podejrzeniu na istnienie kamieni w przewodach wątroby porzucmy myśl całkowitego wycięcia, a wykonajmy tylko cholecystostomię, która ułatwi nam znacznie następcze leczenie i nie zostawi chorego, jak to bywa przy braku pęcherzyka, w położeniu bez wyjścia. Historje takich chorych przekonać nas mogą, ilu z nich wskutek nieprzezwrotności chirurga zginęło, a ilu tylko przypadkowi ocalenie swoje zawdzięcza.

4) *Enterocystostomia — Cholecystoenterostomia*. Utworzenie sztucznej przetoki pęcherzykowo-kiszkowej. Różnorodny charakter cierpień dróg żółciowych nie wyczerpał dotąd wszystkich metod operacyjnych, jakie stosować możemy na samym pęcherzyku żółciowym. Niedrożność żółciowodu, a więc zupełny zastój żółci w zbiorniku i przewodach powyżej zatoru — to niechybne źródło choleмии, której rozwój już PETIT czasowo przecinał, stosując przekłucie, a SIMS i jego następcy — cholecystostomię.

Zabieg jest tylko połowiczny, bo zupełna niedrożność żółciowodu wstrzymuje i nadal dostęp żółci do kanału pokarmowego. Pomińmy kwestyę wpływu żółci na sprawę trawienia: w tej chwili nie chodzi nam o to, czy głównie ułatwia wessanie tłuszczów, czy też pobudza ruch robaczkowy kiszek [WINIWARTEK], czy, jak chcą ROHMANN ²⁾, DASTRÉ ³⁾, MALY et EWICH ⁴⁾ i inni, przedewszystkiem działa przeciwnie; interesują nas tylko te zmiany i skutki, jakie sprowadza zupełny brak jej w organizmie. Zaburzenia w przewodzie pokarmowym [wzdęcie brzucha, zaparcie stolca, odbijania, wymioty, cuchnący rozkład kału [HARLEY]

¹⁾ Revue de chir. 1888, str. 312.

²⁾ PFLÜGER's Archiv. Bd. XXIX. Beobachtung an Hunden mit Gallenfistel. 1882. Breslau.

³⁾ Recherches sur les variations diurnes de la sécrétion biliaire. Archiv de physiol. norm. et pathol. 1890.

⁴⁾ Ueber das Verhalten der Gallensäuren zu Eiweiss und Peptonen und über deren anti-peptischen Wirkungen. Sitzungsberichte der Ac. der Wissenschaften. Wien. 1883.

i t. d.], wstrętne kalectwo w postaci przetoki, wydzielającej całą masę żółci na zewnątrz, a wreszcie objawy stopniowego upadku sił i ogólnego wyniszczenia, stawiają na pierwszym planie kwestyę usunięcia przeszkody z żółciowodu. W tych razach LANGE (l. c.) zaklinowany kamień przesunął do pęcherzyka, PARKES ¹⁾ i HANDFIELD-JONES ²⁾ do kiszki, a LAWSON TAIT ³⁾, aby zagoić przetokę, zrobił powtórny laparotomię i, rozkruszywszy delikatnie kamień za pomocą kleszczy, przepchnął odłamki do dwunastnicy. W przypadku KOCHER'a ⁴⁾, który znalazł kamień zaklinowany w żółciowodzie, a jednocześnie zupełnie pusty i skurczony pęcherzyk, podobny zabieg lub też rozcięcie przewodu z następczem zeszcieniem [choledochotomia] poczynać należy jako jedynie możliwe i racjonalne sposoby postępowania.

Zabiegi te jednak stosować możemy tylko w przypadkach kamienia, który nie jest jedyną przyczyną zamknięcia żółciowodu; w razie blizu zapalnego pochodzenia, lub też nowotworów bądź samego przewodu, bądź sąsiednich narządów, przeszkoda jest niepokonana i wówczas innego środka chwycić się potrzeba. Jakoż NUSSBAUM ⁵⁾ rzucił myśl utworzenia sztucznej drogi dla przebiegu żółci z wątroby do kiszki przez ich połączenie z pęcherzykiem żółciowym, a WINI-WARTER ⁶⁾ w r. 1880 pierwszy tę myśl urzeczywistnił. Zabiegi stosowane na chorym, który po dwóch latach doczekał się wreszcie wyzdrowienia, przetrzymawszy sześć ciężkich operacji i liczne poprawki, mają tylko historyczne znaczenie; więcej zaś interesować nas może podany na przyszłość przez autora następujący sposób postępowania: a) po dokonanej laparotomii pęcherzyk i pętlę kiszki cienkiej, najbliższej do dwunastnicy, zeszyć ze sobą kolisto za pomocą szwów LEMBERT'a i połączone narządy wszyć w otwór ściany brzusznej; b) po upływie 5 lub 6 dni otworzyć kiszkę w kierunku podłużnej osi, wprowadzić tampon do jej światła i od wewnątrz przeciąć kolisto zaszyte, a teraz już sklezione powierzchnie kiszki i pęcherzyka, a potem nałożyć szew LEMBERT'a na rozciętą i uwolnioną od tamponu kiszkę, opuścić wszystko po oddzieleniu zrostów do jamy otrzewnej i ścianę brzuszną zaszyć. Radzi on więc operację wykonać na dwóch posiedzeniach i aby uniknąć zewnętrznej przetoki żółciowej, wytwarza połączenie od strony kiszki, a nie pęcherzyka. Dwunastnicę, jako mało ruchomą, uważa za nieodpowiednią. Śmiałą, lecz zupełnie bezpodstawną jest metoda HARLEY'a ⁷⁾, który proponuje otoczyć kolistym rzędem szwów kawałek zżerała (*pastu viennensis*), położonego między kiszką i pęcherzyk; nieracjonalne są również oba sposoby GASTON'a ⁸⁾, z których jeden, wyśmiany przez TAIT'a, polega na przepchnięciu siłą zakrzywionego trójgrańca przez żółciowód do wnętrza sąsiedniej kiszki,

¹⁾ Trans. Am. Surg. Assoc. Philadéphia. 1885. str. 335. et Am. Jour. of med. Scienc. 1885. str. 95.

²⁾ Med. Times und Gazette. 1878. str. 277.

³⁾ Brit. med. Jour. 1884. II. juillet. str. 67.

⁴⁾ Fortschritte der Med. 1890.

⁵⁾ Deutsch. Chir. 1889. Liefer. XLIV. str. 94.

⁶⁾ Prag. med. Woch. 1882. N. 22. str. 216 i 217.

⁷⁾ Diseases of the liver. London. 1883, vide DENUCÉ (l. c.) str. 137.

⁸⁾ Gaillard's med. Jour. 1884, vide DENUCÉ (l. c.) str. 138.

a drugi na uciśnięciu części pęcherzyka i kiszki przez mocną ligaturę elastyczną, otoczoną do koła wieńcem szwów LEMBERT'a. W tym ostatnim razie ligatura przez ucisk przecina spojone ściany i wpada jakoby do kiszki.

Dopiero FRANCISZEK COLZI¹⁾, wsparty licznymi doświadczeniami na zwierzętach, podał pierwszy najbardziej odpowiednią metodę, której wykonanie daje się streścić, jak następuje: po zrobionej laparotomii w miejscu, gdzie mamy utworzyć przetokę, obie powierzchnie pęcherzyka i dwunastnicy spajamy w półkole rzędem szwów LEMBERT'a, zaczynając nasz zabieg od tyłu i doprowadzając go tylko do połowy; następnie, zrobiwszy otwory w obu narządach, brzegi cięć zszywamy dookoła, przechodząc igłą przez wszystkie warstwy pęcherzyka i kiszki; a na ostatek rząd szwów, nałożonych pierwotnie, dopełniamy półkolem od przodu tak, aby one w całości utworzyły wieńiec, zamykający zrobioną i obszytą przetokę. Według tego planu pierwszej operacji dokonał MONASTYRSKI²⁾, w następujący sposób spełniając rękoczyn: aby wypuścić zawartość, pęcherzyk przekłuł trójgrańcem, przekłucie rozszerzył cięciem długości 2 ctm. i przez otwór dokładnie wewnątrz oczyścił; poczem, wybrawszy najbliższą pętlicę cienkiej kiszki (*jejunum*), wycisnął z niej zawartość, przesuując ją między palcami i oczyszczoną częścią odgrodził od reszty przewodu pokarmowego przez nałożenie dwóch czasowych ligatur, które zaciskały kiszkę z góry i od dołu, w odpowiednich miejscach przechodząc przez kreskę. Teraz dopiero rozciął kiszkę na miejscu przeciwległym kresce [1½ ctm.], przemył ją i zrównawszy jej brzegi przez ścięcie wystającej błony śluzowej, dopełnił utworzenia przetoki metodą Colzi'ego. Usunięcie czasowych ligatur, szew ściany brzusznej. Chora, operowana z powodu raka trzustki, przeżyła jeszcze dwa miesiące, a dokonana sekcya wykazała zupełne zabliznienie brzegów przetoki.

Postępowanie TERRIER'a³⁾, polegające na wprowadzeniu do utworzonej przetoki krótkiego sączka [długości 4—5 ctm., grubości 4—5 milim.], który wydała się następnie przy wypróżnieniach, jest następujące: miejsce, wybrane dla połączenia, odpowiada dolnej powierzchni pęcherzyka i górnej dwunastnicy i tworzy postać prostokąta, którego krótsze boki ograniczają daną przestrzeń z tyłu i z przodu, a dłuższe od góry i od dołu. Boki dłuższe łączymy za pomocą zwyczajnych szwów LEMBERT'a po 4 z każdej strony, tak jednak nałożonych, że nitka zagłębia się kolejno po dwa razy najpierw w ścianę kiszki, a potem pęcherzyka. Łatwo zrozumieć, że po związaniu szwów takich, dwie powierzchnie zewnętrzne kiszki i pęcherzyka przyłgną do siebie ściśle w kierunku dwóch linii podłużnych. Na boki krótsze nakładamy po jednym szwie, przechodzącym również tylko przez błonę surowiczą i mięsną i zagłębiającym się kilkakrotnie najpierw w jednej, a potem w drugiej ścianie (*suture en bourse*). Po związaniu tych ostatnich zmarszczą się przylegające do siebie powierzchnie, tworząc rodzaj ściągnięcia, jakie spostrzegamy na sakiewkach. Mając plan takiego postępowania, nakładamy

¹⁾ La chirurgia operativa sulle vie biliarie in specie della fistola colecisto-intestinale. Lo sperimentale. Firenze. 1886.

²⁾ Chir. Wiestnik. 1888, a także Centralb. f. Chir. 1888.

³⁾ Rev. de chir. 1889. str. 975.

najpierw szwy od tyłu i na boki dłuższe i, związawszy je wszystkie jednocześnie, tworzymy dopiero przetokę, umieszczamy w niej wyżej wspomniany sączek i kończymy cały zabieg nałożeniem ściągającego szwu od przodu. Po dokonaniu toalety jamy brzusznej, wprowadzamy do niej zwitek gazy jodoformowej lub, co lepiej, przyszywamy pęcherzyk do otrzewnej ściennej. Dwa rzędy szwów, które nakładamy według COLZI'ego, zdaje się, więcej gwarantują nasze zabiegi, chociaż i ostatniej metodzie pomysłowości odmówić trudno. Wykonanie operacji na dwóch posiedzeniach [TILLAUX ¹⁾] jest znacznie kłopotliwsze i dla chorego żadnych nie przedstawia korzyści.

MAYO ROBSON ²⁾ w przypadku przetoki, powstałej po cholecystostomii, przyszył najpierw pęcherzyk do okrężnicy i przytwierdził je wspólnie w otworze ściany brzusznej; na drugim posiedzeniu przez przetokę w pęcherzyku zrobił otwór do kiszki i w niej umieścił dren szklany, a wreszcie na trzecim, kiedy przetokę ustalić się dało, pęcherzyk zaszył, oddzielił go wspólnie z kiszką od ścian brzusznych i opuścił do jamy otrzewnej. Przypadek zakończył się pomyślnie. PEYROT ³⁾, który stosował rękoczyn w sposób podobny, radzi, aby w razie niedrożności, wywołanej szczególnie kamieniem, nie przystępować od razu do zeszcicia pęcherzyka z kiszką, ponieważ przepuszczalność żółciowodu może jeszcze powrócić i operacja wówczas staje się zbyteczną.

E. LAMBOTTE ⁴⁾, chcąc usunąć niegojącą się po operacji przetokę żółciową, wyciągnął okrężnicę i przyszył ją w sąsiedztwie pęcherzyka, gdy zaś przyrosła, utworzył w kiszce przetokę kałową, którą wspólnie z żółciową traktował metodą DUPUYTREN'a. Otrzymawszy po długich zabiegach wynik pomyślny, radzi powyższy rękoczyn stosować w tych przypadkach, w których pęcherzyk przyrósł do sąsiednich narządów, lub w których stan chorej nie pozwala na tak poważny zabieg, jakim jest jednorazowe utworzenie przetoki.

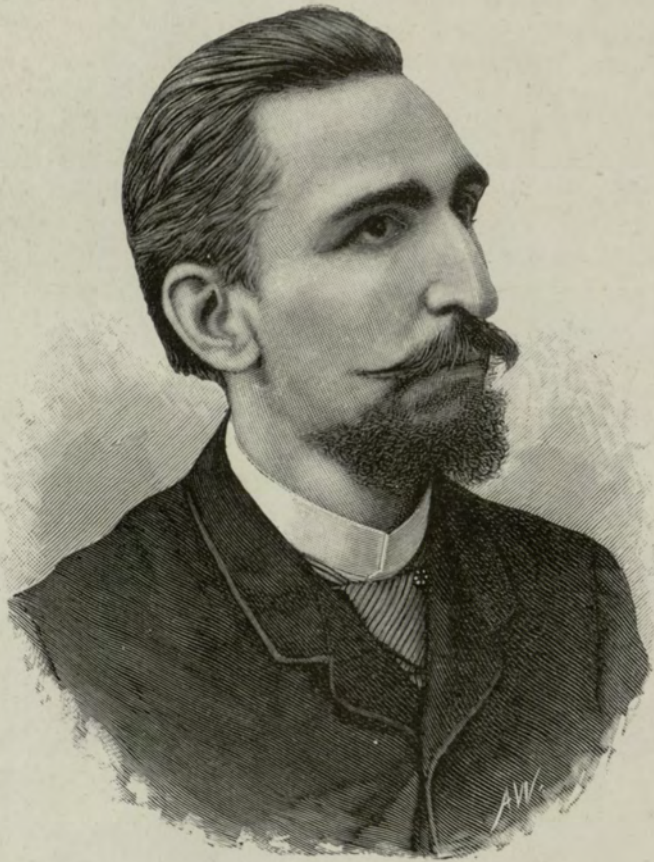
Przy wykonaniu samej operacji zwrócić winniśmy uwagę na dwie okoliczności: pierwszą z nich jest wybór miejsca na pęcherzyku, drugą wybór odpowiedniej pętlicy kiszki. *Quo ad primam*: a) utworzyć przetokę na części pęcherzyka najwięcej ruchomej, a zatem na dnie jego, b) nigdy nie korzystać z otworu, jaki pozostał bądź po zrobionem uprzednio rozcięciu pęcherzyka, bądź po powstałej samodzielnie przetoce; miejsca te nigdy nie dają rękojmi łatwego zrośnięcia się z powierzchnią kiszki i dlatego, okrwawiwszy brzegi otworu, należy go zaszyć, a dla operacji wyszukać punkt inny z zupełnie zdrową błoną surowiczą. *Quo ad secundam*: wybrana kiszka powinna być z jednej strony najbliższą dwunastnicy, z drugiej dość ruchomą, aby bez trudności przybliżyć ją można do pęcherzyka. Pętlica, tworząca najmniejsze zgięcie, będzie zupełnie nieprzydatną. Aby stworzyć warunki najodpowiedniejsze fizyologicznym, zalecić należy przede wszystkim dwunastnicę, z powodu jednak zbyt wielkich trudności korzystano częścię z kiszki cienkiej, a nawet i z okrężnicy. Na 18 znanych mi przypadków

¹⁾ Vide IGNATOW. Chir. Wiestnik. 1891. str. 789.

²⁾ Brit. med. Jour. Nev. 1889.

³⁾ Rev. de chir. 1893. str. 143.

⁴⁾ Presse med. Belge. XLIV. 27. 1892.



Годнеjewski

tylko w dwóch [TERRIER *l. c.* i BARDENHEUER ¹⁾] zeszyto pęcherzyk z dwunastnicą, w innych w równej prawie liczbie posługiwano się bądź kiszka cienką, bądź okrężnicą.

Sama natura, wskazując nam drogę podobnego rękoczynu ²⁾, stwarza po pewnym czasie niezmiernie ciekawe stosunki u tego rodzaju chorych; z doświadczeń COLZI'ego (*l. c.*) i DASTRE'a ³⁾, jak również i z sekcji, dokonanych przez MONASTYRSKIEGO i KAPPELER'a ⁴⁾, widzimy, że pęcherzyk żółciowy przemienia się zupełnie w rodzaj przeprowadzającego kanału, a na miejscu otworu tworzy się nawet od strony kiszki rodzaj zastawki, tamującej bezustanny przyływ żółci.

Jedynym wskazaniem do utworzenia przetoki pęcherzykowo-kiszkowej będzie zupełna niedrożność żółciowodu (*duct. choled.*), a koniecznym warunkiem — możliwość zużytkowania do powyższego celu pęcherzyka żółciowego. Z tej wychodząc zasady, operację wykonać należy w następujących przypadkach:

1) przy stałym, pewnym zatkaniu żółciowodu, wywołanem bądź przez niedający się usunąć kamień, bądź przez bliznę, bądź wreszcie przez nowotwór sąsiednich narządów [szczególniej trzustki, żołądka i dwunastnicy],

2) w przypadkach niezupełnej niedrożności, której przyczyny odszukać nie możemy, lub też, znając jej charakter, wątpimy o powrocie prawidłowego stanu, choćby przy stosowaniu innych zabiegów (*catheterisatio*),

3) we wszystkich przypadkach przewlekłych przetok żółciowych (*fistulae biliares*), pozostałych po zrobionej cholecystostomii i nieustępujących żadnym środkiem, stosowanym dla ich zamknięcia,

4) wreszcie warunkowo w przypadkach wodnej puchliny lub otoku ropnego pęcherzyka, gdzie niedrożność przewodu pęcherzykowego (*d. cyst.*) nie jest dostatecznie określona; wówczas pozbywamy się od razu przetoki śluzo-ropnej (*f. muco-purulenta*), której zagojenie przedstawiałoby później wiele trudności.

Przystępując do skreślenia zabiegów chirurgicznych, stosowanych na przewodach żółciowych, nie mogę zamilczeć o dwóch rękoczynach, których ze względu niebezpieczeństwa, na jakie narażamy chorego, żadnemu chirurgowi dzisiaj pominąć nie wolno. Do tych rękoczynów należą: bezpośrednio badanie pęcherzyka i przewodów żółciowych za pomocą dotyku—*exploratio directa seu palpato digitalis* i sondowanie przewodów—*catheterisatio*.

1) Po otworzeniu jamy brzusznej staramy się określić za pomocą dotyku stan pęcherzyka żółciowego, jego spójność, grubość ścian, zawartość, siłę zrostów, a następnie przechodzimy do badania przewodów. Wiemy, że leżą one między dwoma listkami sieci żołądkowo-wątrobowej, w przedniej ścianie rozziwu WINSLÓW'a, mając z lewej strony tętnicę wątrobową, a ku tyłowi żyłę wrotną, naczynia limfatyczne i liczne gałęzie nerwowe. Stosunek ten, niezmiernie ważny z powodu licznych błędów, popełnianych w czasie operacji, należy zawsze mieć

¹⁾ Berl. kl. Woch. 22 ret. 1888.

²⁾ Vide DENUCÉ. str. 36.

³⁾ Rôle de la bile dans la digestion de graisses étudiés au moyen de la fistule cholecysto intestinale. Comptes rendus à l'Ac. de Scien. 1888. str. 207.

⁴⁾ Central. f. Chir. 1889.

na uwadze. Badanie przewodów najlepiej skutecznie się daje według rad CALOT'a (*l. c.*): palec wskazujący lewej ręki wkładamy do rozziemu WINSLOW'a i przeprowadzając brzusiec jego przez całą długość więzu żołądko-wątrobowego, bez trudności rozpoznać możemy żyłę wrotną, która daje uczucie żyłaka sznurka nasiennego (*varicocele*), a na lewo od niej twardy postronek, stanowiący właściwie przewód żółciowy. W razie zatkania rozziemu WINSLOW'a przez zrosty otrzewnej zadowolić się trzeba przednim brzegiem i górną powierzchnią więzu. Tak przeprowadzone badanie łatwo wykrywa uwięziony kamień w całym przewodzie pęcherzykowym i w żółciowodzie, aż do górnego brzegu trzustki; poniżej zaś, a szczególnie w bliskości kiszki poszukiwanie często może dać wynik ujemny [JALAGUIER ¹⁾]. W razie silnych zrostów KUESTER ²⁾, COURVOISIER ³⁾ i inni starali się przedewszystkiem je usunąć, a następnie dopiero badali pęcherzyk i przewody. Odszukanie jednak tych narządów przedstawia niekiedy wielkie trudności; w przewlekłych naprzykład przypadkach niedrożności żółciowodu, gdzie pęcherzyk zwykle się kurczy i tworzy zrosty dokoła, sprawa, napozór prosta, nie tak łatwo osiągnąć się daje.

Rzecz ta jest pierwszorzędnej wagi i należy traktować ją na seryo, ponieważ były zdarzenia, że pęcherzyka pomimo usilnych starań nie znaleziono wcale: KUEMMEL ⁴⁾, dwa razy THORNTON ⁵⁾, HOCHENEGG ⁶⁾, BLAUD-SUTTON ⁷⁾ znaleźli mały i skurczony pęcherzyk po długich poszukiwaniach; w przypadkach FRANK'a ⁸⁾ i JORDAN-LLOYD'a ⁹⁾ z trudnością odszukany osiągał zaledwie wielkości laskowego orzecha; wreszcie TERRIER ¹⁰⁾, pomimo ścisłego badania nietylko okolicy wątroby, ale dwunastnicy i nerki, nie znalazł go wcale. Chora umarła, a na sekcji po całogodzinnem poszukiwaniu znaleziono w zwykłym miejscu małej pęcherzyk, lecz wciśnięty w miąższ wątroby i przykryty dużą ilością zrostów. TERRIER wspomina również BOECKL'a ¹¹⁾, który zrobił laparotomię z powodu niedrożności przewodów żółciowych i nie znalazłszy wcale ani pęcherzyka, ani kamieni, zaszył jamę otrzewnej. Niemniej ciekawe jest spostrzeżenie D-r QUÉNU ¹²⁾, który w przypadku cholemił otworzył, zamiast pęcherzyka, cuchnący ropień, sięgający aż poza żołądek; pęcherzyka zaś i kamieni, pomimo starannego badania i wielokrotnych nakłuć trójgrańcem, odszukać nie mógł. Trudno właściwie orzec, co leży w osnowie takiego zaniku lub kurczenia się pęcherzyka. COURVOI-

¹⁾ Bull. et mem. de la Soc. de chir. 1889. str. 214.

²⁾ Verhandl. der Deut. Gesell. f. Chir. 20 Congres. 1891.

³⁾ Casuist. Statist. Beitr. z. Pat. und Chir. der Gallenwege. Leipzig. 1890.

⁴⁾ Zur Chir. der Gallenblase. Deut. med. Wochen. 1890. Nr. 12.

⁵⁾ Observation on additional cases illustrating hepatic surgery. Lancet. 1891, str. 463 i 764.

⁶⁾ Beitrag zu den Operationen wegen Gallensteinen von D-r RUDOLF FRANK. Wien. klin.

Wochenschr. 1891.

⁷⁾ de Mindelsex-Hospital-London. Obser. inédite, cité par TERRIER. Rev. de chir. 1892, str. 930.

⁸⁾ Wien. klin. Woch. 1891. Beit. z. d. Oper. weg. Gall.

⁹⁾ Obs. inédite cité par TERRIER. Rev. de chir. 1885, str. 928.

¹⁰⁾ De la choledochotomie proprement dite. Rev. de chir. 1892, str. 922.

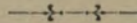
¹¹⁾ Ibid. str. 934.

¹²⁾ Ibid. str. 934.

SIER w swej pracy o patologii i chirurgicznem leczeniu chorób dróg żółciowych kładzie nacisk na ten objaw i twierdzi, że przy przewlekłym zatkanium żółciowodu kamieniem stan podobny znajdujemy zawsze, przy innych zaś przyczynach niedrożności pęcherzyk zwykle bywa powiększony. Choć większość chirurgów [TILLAUX, TERRIER, RECLUS, JALAQUIER i t. d.]¹⁾ przyznaje prawu temu słuszność, jednakże wobec zdarzających się czasem przypadków wręcz przeciwnych, stwierdzonych na sekcji [RECLUS, JALAQUIER], nie można uważać go za absolutne. TERRIER (l. c.) dla odszukania przewodów żółciowych radzi posługiwać się gruczołem limfatycznym, znajdującym się przy szyjce pęcherzyka. Gruczoł ten, według HARTMANN'a²⁾, przy zapalnym stanie dróg żółciowych bywa zwykle powiększony i tak twardy, że robić może wrażenie kamienia, utkniętego w górnej części przewodu pęcherzykowego. Co się tyczy nowotworów, uciskających przewody żółciowe, to obecność ich stwierdzić możemy w większości przypadków bez wielkich trudności.

[C. d. n.]

NOTATKI LEKARSKIE.



II. Przypadek płasawicy połowicznej (*hemichorea*) u starca.

Ze względu na rzadkość występowania płasawicy w późniejszym wieku pozwałam sobie odnotować na tem miejscu spostrzegany przezemnie przypadek.

Josek Szm... od lat ośmiu znany mi jest jako zdrowy, rzeźki, jowialny staruszek. Ani gośćca, ani żadnych poważnych ustrojowych chorób nie przechodził; w zeszłym roku przebył tyfus brzuszny, o bardzo łagodnym przebiegu. Oprócz nawykowego zaparcia stolca, nie mu nigdy nie dolega. W rodzinie jego nerwowych chorób nie było; zresztą anamneza dziedziczności z powodu małego stopnia inteligencji Szm... i całego jego otoczenia nie może mieć pozytywnej wartości. W ostatnich dniach żadnego poważnego zmartwienia, ani wstrząśnienia moralnego nie przechodził. Dnia 11 lutego chory zauważył, że „trzęsie“ mu się lewa ręka i lewa noga, czego siłą woli powstrzymać nie mógł; trwało to krótką chwilę tylko; następnych dni trzęsienie to powtarzało się kilkakrotnie w znaczniejszym stopniu i trwało już dłużej—kwadrans; podczas snu nie zdarzało się. Narzeczcie dnia 15. II. 1893 wzmogło się do potężnych rozmiarów. Przywołany wówczas, znalazłem, co następuje: mężczyzna 70-letni, dobrze zbudowany, doskonale odżywiany, nawet cokolwiek otyły, wykonywa bezładne i bezcelowe ruchy silnego rzucania całą lewą kończyną górną i dolną we wszelkich możliwych kierunkach; w mięśniach lewej połowy twarzy przy bacznej uwadze dają się spostrzedz także lekkie skurczowe drgania; skurczów mięśni tułowia z powodu niespokojnego zachowania się chorego ani wyczuć, ani spostrzedz nie można, jednakże występują one o tyle, że chwilami daje się zauważyć lekkie skrzywienie kręgosłupa; głowa także od czasu do czasu podlega nieznacznym poruszeniom na lewo. Chory mówi, oddecha, łyka, oddaje mocz prawidłowo. Przytomność umysłu w zupełności zachowana. Stan bezgorączkowy. Żrenice równomierne. Język wysunięty, nie zbacza i nie drży. Odruchy ścięgniste i skórne po stronie chorej nie wzmózone; nadczułości bólowej i dotykowej niema. Gruba siła lewej ręki wyraźnie obniżona. Badanie fizykalne narządów wewnętrznych nic nieprawidłowego nie wykryło. Wyraźnego ateromatu dostępnych powierzchownemu

¹⁾ Rev. de chir. 1893, str. 143 i 144.

²⁾ Quelques points de l'anatomie et de la chir. des voies biliaryes. Bul. de la Soc. anat. 1891.

badaniu tętnic niema. Chory skarży się na hemoroidy, jednakże guzów krwawnicowych w odbytnicy nie znalazłem. Stan tu opisany trwał bez zmiany dwie doby. Podczas trzeciej nocy chory spał z przerwami kilka godzin; podczas snu ruchy choreatyczne zupełnie ustawały. Od piątego dnia zaczyna się stopniowa powolna poprawa; chory coraz dłużej sypia, ruchy nawet podczas czuwania zaczynają słabnąć, w końcu dziesiątego dnia ustają zupełnie. Przez cały czas trwania choroby Szm... miał zupełny wstręt do wszelkiego pożywienia, literalnie przeszedł głód dziesięciodniowy z pewnym uporem względem wszelkich namów; nastrój psychiczny był wciąż pogodny, a nawet chory swój humor jowialny zachował. Pomimo głodu i forsownej gimnastyki mięśniowej chory nadzwyczaj szybko przyszedł do sił i obecnie, to jest po upływie $1\frac{1}{2}$ miesiąca, cieszy się dobrem zdrowiem.

Leczenie: eteryzacja kręgosłupa nie dawała żadnego efektu; dwa razy dziennie po 2 gramy bromku potasu z 10 kroplami na raz roztworu FOWLER'a; codziennie na noc wielkie dawki chlorału lub sulfonalu.

Opisany tu przypadek płasawicy połowicznej samoistnej może być uważany za rzadki, nietylko ze względu na bardzo krótki przeciąg czasu, pomimo groźnie zapowiadającego się początku. Pozostaje tylko żalować, że etyologia tego przypadku jest ciemną.

J. Piotrowski [Lubicń, gub. Warszawska].

STRESZCZENIA ZBIOROWE.

SKLERODERMIA.

(TWARDZIEL SKÓRY).

Podał

Maksymilian Biro.

— 3 —

[Dokończenie. — Patrz Nr. 25].

Zmiany, spostrzegane we wszystkich organach przy twardzieli, mają jeden wspólny typ znamieny. Robią one takie wrażenie, jak gdyby najważniejsze części narządu, części, od których zależy ich czynność, zostawały rugowane przez ukazującą się na ich miejscu tkankę, w zwykłych warunkach stanowiącą ich rusztowanie, przez tkankę łączną. Objawów ostrego zapalenia w żadnym narządzie się nie spostrzega. Przy badaniu wszystkich narządów, dotkniętych cierpieniem, zmiany takie znajdujemy w ich naczyniach, zmiany, jakie możemy wykryć nawet w narządach, których inne części składowe jeszcze przez sprawę nie zostały tknięte; zmiany te nie występują jednak we wszystkich naczyniach, tylko w niektórych.

Niekiedy podobne zmiany nie oszczędzają nawet układu nerwowego; u sklerodermików bowiem spostrzega się często objawy ze strony układu nerwowego; obserwowano sklerodermię u chorych nerwowych i umysłowych. Na zasadzie powyższych danych możemy wyrobić sobie pewną hipotezę o patogenezie sklerodermii.

Rozrost tkanki łącznej móglby powstawać jako zjawisko następcze po zaniku mięszu narządów, w ogóle najważniejszych pod względem czynnościowym tkanek, móglby być skutkiem jakiegoś zapalenia, a więc sprawy przynajmniej w znacznym stopniu zależnej od naczyń, również od zastojów w naczyniach, od jakichś spraw odżywczych, zależnych od nerwów.

Istnieją też najrozmaitsze hipotezy o patogenie w mowie będącego cierpienia.

Gdy nie wiadomo o nowotworzeniu się tkanki łącznej przy danej chorobie, uważano stwardnienie skóry za skutek marszczenia, ściągania się jej pod wpływem ustawicznego skurczu gładkich włókien mięsnych [HORTELOUP].

Jakieś mówili, sprawa mogłaby zostać wywołana przez zastój w układzie naczyniowym. Zastój może być w naczyniach krwionośnych, lub też w limfatycznych w pewnej wzajemnej zależności obu spraw, lub też każde z tych zjawisk może powstać względnie samodzielnie. Nic więc dziwnego, że gdy pewnego razu na sekcji sklerodermika znaleziono zamknięcie przewodu piersiowego, powstała hipoteza o zależności sklerodermii od zastoju limfy [HELLER]. Za limfatyczną teorią przemawiało dość wielu badaczy [RASMUSSEN, LEISINK, SENATOR, CHIARI]. Ponieważ na innych sekcjach nie podobnego nie widywano, możemy tę hipotezę śmiało odrzucić.

Patrząc na tkankę łączną, jako na tkankę, zjawiającą się następczo po zaniku ważnych pod względem czynnościowym tkanek, można było przypuścić, że skleroderma powstaje na skutek upadłego odżywiania ogólnego [HEBRA, KAPOSI, HOLLEFREUND, BERNHARDT, SCHWABACH]. Zwróciwszy uwagę na objawy nerwowe u swych pacjentów, na ukazywanie się ognisk twardzieli w okolicy pewnych nerwów, na połowiczną postać cierpienia, na zmiany w układzie nerwowym, na kombinację twardzieli z postępowym zanikiem twarzy, na występowanie twardzieli u chorych nerwowych i umysłowych [M. CALLMANN, HALLOPEAU], badacze musieli dojść do hipotezy o nerwowej przyczynie choroby.

Przy twardzieli skóry spotykamy objawy nerwowe miejscowe i ogólne. Mamy tu zmniejszenie wydzielniczej działalności skóry, obniżenie ciepłoty, obniżoną pobudliwość mięśni bez podobnego objawu ze strony nerwów, a obniżoną czułość i inne objawy miejscowe, obok tego zaś objawy psychiczne, bóle w grzbiecie, ambiopię częściową, zakłócenia naczynio-ruchowe, wysypki, owrzodzenia. Musiało tedy powstać przypuszczenie, że sklerodermię należy poczytywać za trofonurozę [SZCZERBAK].

W większości przypadków badania nad zmianami w układzie nerwowym doprowadziły do wyników negatywnych. Zwrodnienie szarych jąder rdzenia przedłużonego i pęczków przednich rdzenia [CHALVET i LUYSS] bardzo rzadko występuje. Jedyny tylko przypadek istnieje ze zmianami przednich korzeni rdzenia i nerwów obwodowych i to powikłany chorobą ADDISON'a i zanikiem mięśni.

Wszystkie te zmiany małe mają znaczenie. Gdyby źródło cierpienia tkwiło w rdzeniu, znaleźlibyśmy zmiany w tylnych jego odcinkach, tam bowiem znajduje się ośrodek troficzny dla skóry [KOPF]. W mózgowiu zmiany występują nader rzadko [WESTPHAL]. W ośrodkach rdzenia żadnych zmian niewątpliwych nie wykryto.

Zmiany w nerwach obwodowych są rzadkie, zresztą wyłącznie prawie w nerwach skóry. Na około nerwu współczulnego raz tylko [HARLEY] znaleziono obrzmienie, zresztą nie badano go pod drobnowidzem. Inne badania, podjęte w tym kierunku, nie dały podobnych wyników. Z postawionych przez nas założeń pozostało jedno: sklerodermiczne zmiany są natury zapalnej. Powstała tedy hipoteza, że twardziel skóry jest powolnym zapaleniem skóry właściwej, pociągającym za sobą w następstwie kurczenie się i stwardnienie tkanki.

Nie znajdujemy jednak objawów, charakterystycznych dla początkowego stanu zapalenia: rozszerzenia naczyń i ich przekrwienia. Wobec tego faktu i na zasadzie ukazywania się zmian przedewszystkiem w okolicy naczyń powstała hipoteza o sklerodermii, jako o pierwotnym cierpieniu tętnic [LAGRANGE]. Fakty te jednak nie skłaniają wcale do odrzucenia hipotezy zapalnej.

Trudno się kusić o rozwiązanie kwestyi, dlaczego zapalenie to przeważnie zachodzi w skórze. Być może, że nie ma co się silić na objaśnienie tego zja-

wiska, gdyż samo ono wcale, być może, jeszcze nie jest faktem. Wówczas tylko mówimy o sklerodermii, gdy mamy zmiany w skórze; na sekcji znajdujemy wtedy w większości przypadków podobnej zmiany i w innych narządach. Możliwym jest, że ta sama przyczyna, która wywołuje zapalenie w skórze i innych narządach, innym razem powoduje zapalenie wyłącznie narządów wewnętrznych.

Uznając sklerodermię za zapalenie, musimy je bliżej określić jako zapalenie śródmiąższowe, przewlekłe, rozwijające się zwolna jako takie, bez poprzedzającego zapalenia ostrego. Sprawa ta polega na rozroście tkanki łącznej, w początkowych okresach obfitującej w komórki, a w późniejszych pociągającej za sobą włókniste marszczenie bez poprzednio ukazującego się wysięku lub silnego rozlanego nacieczenia komórkowego.

Stosunek zmian w naczyniach do reszty zmian nie może być dotychczas stanowczo rozstrzygniętym.

Możliwym jest, że obie sprawy nie są ze sobą w związku przyczynowym, a obie zależą od jednej przyczyny wspólnej, dotychczas nam nieznaną.

Można też na zasadzie ukazywania się zmian w naczyniach w najwcześniejszych okresach cierpienia przypuścić, że zmiany te są sprawą pierwotną, pociągającą za sobą zmiany w narządach, które odżywiają. Umiejscawianie się cierpienia w niektórych przypadkach w okolicy pewnych nerwów można objaśnić tem, że nerwy przebiegają obok tętnic [PFEIFFER]. Niezrozumiałym jednak dla nas jest związek cierpienia z objawami psychicznymi i nerwowymi, niemającymi nic wspólnego ze stwardniałymi ogniskami. Pewne światło na zjawisko to rzucają badania nad wpływem nerwów na odżywianie tkanek.

Istnieją też specjalne badania nad wpływem nerwów na naczynia. O podobnych doświadczeniach opowiada MERY. GIOVANNI znajdował plamy ateryomatyczne w naczyniach po przecięciu szyjowej części nerwu współczulnego; EICHHORST i MARTIN po takich samych doświadczeniach obserwowali podobne zmiany w naczyniach mięśnia sercowego. LEWASCHEW po obłożeniu świeżo odpreparowanego nerwu kulszowego nitką, zwilżoną nadzwyczaj słabym roztworem soli kuchennej, sody, zauważył na naczyniach odnośnej nogi, zwłaszcza stopy, zmiany w naczyniach, zaczynające się od błony zewnętrznej, przechodzącej na średnią i stwardnienie błony wewnętrznej. Musimy jednak zauważyć, że MATHIEU i GLEY po powtórzeniu tych prób nie otrzymali dodatnich wyników.

Co się tyczy etyologii, to być może, że sklerodermia spowodowaną zostaje przez te same czynniki, które wywołują zapalenie śródmiąższowe w onych narządach.

Ze wszystkich tych przypuszczeń jest niewątpliwe jedno, że sklerodermia jest cierpieniem ogólnym, polegającym na zapaleniu śródmiąższowym. Prawdopodobnie pierwsze zmiany zachodzą w naczyniach, a zmiany te wywołane zostają przez podrażnienie nerwów.

Taką też hipotezę wygłosił WOLTERS. Wyraża się on ogólnie, że twardziel skóry jest zapaleniem śródmiąższowym, której przyczyny dotychczas nie znamy.

Pozwoliłem sobie iść dalej i wyrazić pewne, jakkolwiek słabe, przypuszczenie o wspólnej etyologii dla sklerodermii i przewlekłego zapalenia śródmiąższowego pojedynczych narządów wewnętrznych, o pierwotnym umiejscawianiu się zmian w naczyniach i zależności owych zmian od układu nerwowego.

Jest to tylko hipoteza i ma tylko wartość hipotezy; może bowiem pobudzić do badań w celu wyświetlenia jej słabych stron, gdyż należy przekonać się, czy stale zmiany w naczyniach ukazują się przy twardzieli w najwcześniejszych okresach cierpienia, czy przy tej sprawie są zmiany w naczyniach bez zmian w narządach, przez te naczynia odżywianych, prowadzić w dalszym ciągu badania nad troficznym wpływem nerwów i baczeniejszą zwracać uwagę na czynniki etyologiczne cierpienia.

Rokowanie przy sklerodermii nie jest zbyt dobre, jakkolwiek śmierci choreba ta sama przez się nie sprowadza. Cierpienie to jest długotrwałe, trwające niekiedy lat 10, nawet 31. Rokowanie zależy od powikłań, obszaru, jakie cierpienie obejmuje, umiejscowienia, okresu, przebiegu cierpienia i wieku chorego. Najczęściej śmierć następuje na skutek powikłań [wada serca, gruźlica, rozedma płuc, małokrwistość, biegunki, nieżyty kanału pokarmowego, zapalenie nerek]. Niekiedy wyleczenie następowało samo przez się. Zupełny powrót do zdrowia jest nieprawdopodobnym. Bezwarunkowo złem jest rokowanie, gdy cierpienie dotyczy palców. Trudno liczyć na poprawę przy zaniku mięśni i kości. Postać rozlana jest gorszą pod względem rokowania od ograniczonej. Co się tyczy okresu, to w okresie obrzęku nawet przy postaci rozlanej, można jeszcze liczyć na poprawę, natomiast w okresie zaniku tracimy już wszelką nadzieję.

Postać ograniczona niekiedy wywołuje wyłącznie zakłócenia czynnościowe, znika ona często, pozostawiając po sobie tylko ślady w postaci blizn lub silnej pigmentacji.

Rokowanie może być tem lepsze, im przebieg jest bardziej burzliwy.

U dzieci można się spodziewać, iż cierpienie to jest łagodniejsze, niż u dorosłych.

Leczą cierpienie po części objawowo, po części ogólnie.

Używano jodku potasu, chininy, alkali, żelaza, salicylanu sodu, arszeniku, rozmaitych tonicznych, odpowiednio do objawów. Miejscowo zalecano maści [salicylową, z jodku potasu, miedzianą, *unguentum cinereum*] i kąpiele [siarczane, błotne, parowe, alkaliczne]. Kąpiele rozmiękczejają naskórek, co ułatwia wessanie wcieranych maści; te zaś czynią skórę bardziej miękką, elastyczną. Wcieranie maści ma prócz tego znaczenie miesienia, wpływającego na wessanie powstałych produktów. Używa się też strumienia elektrycznego, przerywanego lub stałego. Strumień stały ma działać wprost na naczynia lub też przez pośrednictwo nerwów. Tą drogą potęguje się obieg krwi i przeróbka materji.

W każdym razie należy stosować leczenie przez czas długi.

Ważnem też jest rozpoznanie cierpienia w najpierwszych okresach, gdyż wtedy tylko można się spodziewać dobrych wyników po zastosowanych środkach.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

91. Leczenie śluzo-obrzęku (*myxoedema*).

I.

Na klinikę prof. Höwitz'a w Kopenhadze przybyła 42-letnia kobieta. Wywiady wykazały, iż chora pochodzi ze zdrowej rodziny. Miesiączka prawidłowa od 16 r. życia. Chora 3 razy rodziła, ostatni raz przed 8 laty, poronienia nie było. Od 7 lat uczuła osłabienie, bóle w rozmaitych częściach ciała, nieraz doświadczała duszności, bicia serca. Z biegiem czasu obrzękła jej twarz, ręce i nogi. Twarz straciła swój wyraz, wystąpiła chrypka, mowa powolna, przeciągła, ruchy leniwe. Skóra stała się sucha, na niej zupełny brak potu. Włosy zcieńczały. Częste krwawienia z języka i nosa. Miesiączka bardzo obfita, ostatnimi czasy bywały nawet znaczne krwawienia. Nieraz uskarżała się na zimno, lub zupełnie znieczulenie rąk i nóg. Straciła chęć do pracy i czuje się przygnębianą. Łaknienie było dobre, wypróżnienie utrudnione, moczu nieobfity. Stan ten stopniowo się pogarszał, pomimo chwilowej od czasu do czasu poprawy.

Obecnie twarz chorej obrzękła. Rysy jej grube, niewyraźne. Powieki mocno rozpułchnione i przymrużone, głowa odchylona ku tyłowi. Wargi ust sine. Cera blado-żółta, na policzkach niewielkie rumieńce. Szyja krótka, gruba. Kończyny zgrubiałe. Skóra wszędzie szorstka, sucha, twarda. Brwi rzadkie. Włosy cienkie, pod pachą i w okolicy łonowej słabo rozwinięte. Przednie zęby ruchome. Płuca zdrowe. Granice serca prawidłowe, tony czyste, słabe. Tętno 64, małe. Ruchy chorej leniwe. Mowa przeciągła, głos jednostajny. Pamięć osłabiona. Wzrok, słuch i smak prawidłowy. W moczu nie szczególnego. Waga ciała 93375 grm, hemoglobiny 50%. Czerwonych ciałek krwi 4.120.000.

Chorą zaczęto karmić gruczołem tarczowym. Ten ostatni brano od cieląt jeszcze ssących, myto go starannie, gotowano i siekano. Chora przez cały miesiąc codziennie dostawała 4 zrazy gruczołu, a następnie jeszcze przez 10 dni co drugi dzień po 2 zrazy. Już 3-go dnia leczenia zwiększyła się dobowa ilość moczu i ciężar właściwy tegoż. Tętno mocniejsze, prędsze. Ciepłota ciała prawidłowa. Na kończynach górnych łuszczenie się naskórka dużymi płatami. Mocna pokrzywka na tułowiu i kończynach, trwająca w czasie karmienia i znikająca w przerwie tegoż. W owym czasie występowały również napady duszniczy bolesnej z szybkim, małym tętnem, co zmuszało do przerywania karmienia.

Już po 3-ch tygodniach takiego postępowania chora wyglądała w ogóle cieńszą i zgrabniejszą. Powieki stęchły, przymrużenie ich znikło. Rysy twarzy delikatniejsze, wargi ust cieńsze, o naturalnem zabarwieniu. Skóra miękka, ciepła, wilgotna i różowawa. Przednie zęby mocno osadzone. Krwawienia ustąpiły. Miesiączka prawidłowa. Tony serca mocniejsze. Tętno 90. Głos naturalny, mowa szybka, ożywiona. Ruchy swobodne. Zboczenia czucia znikły bez śladu. Chora czuje się dobrze. Waga ciała 80.500 grm., hemoglobiny 55%. Czerwonych ciałek krwi 4.100.000. Po opuszczeniu kliniki miała kilkakrotnie nawroty choroby w słabym stopniu, które po spożyciu małych dawek gruczołu ginęły.

Tak sam Howitz, jak i inni autorowie niejednokrotnie stwierdzili dobre wyniki karmienia gruczołem tarczowym przy śluzo-obrzęku.

II.

VERMEHREN, asystent Howitz'a, mając na względzie, iż gruczoł tarczowy, choćby najlepiej przyprawiony, jest bardzo niesmaczny i jako środek leczniczy dokładnie dozować się nie daje, przyrządził zeń substancję wyciągową, sposobem następującym.

Gruczoł cieląt ssących uwalnia się od tkanki tłuszczowej i łącznej, kraje się na kawałeczki i tłucze w moździerzu. Do otrzymanej papki należy dolać podwójną co do wagi ilość gliceryny i trzymać przez 24 godziny w ciepłym miejscu. Po odcedzeniu przez watę preparowaną, do otrzymanego płynu dolewa się absolutnego alkoholu. Osad, jaki tu powstaje, kilkakrotnie przemywa się alkoholem i suszy w niewysokiej temperaturze i rozciera na proszek. Środek ten, nazwany „tyreoidyną”, zastosował VERMEHREN w następującym przypadku.

Z wywiadów okazało się, iż chora, 29-letnia kobieta, pochodzi od ojca suchotnika. Reszta licznej rodziny zdrowa. W dzieciństwie miała krzywicę, zresztą do 5 roku rozwijała się dość prawidłowo. Od 5 zaś roku rozwój, tak fizyczny, jak umysłowy, posuwał się bardzo powoli. Stawała się coraz grubsza i jakby obrzęknięta, szczególnie na twarzy. Często niedomagala. Prawie ciągle siedziała sama, zmęczona, doświadczając nieraz uczucia zimna. Liczne cierpienia skórne nawiedzały ją bez przerwy. Sen głęboki, z przykremi widziadłami. Obok tego mgła przed oczyma, szum w uszach; smak upośledzony i częste krwawienia z dziąseł zamykały liczbę przykrych tych objawów. Od 18 roku mała miesiączka. Pociąg płciowy słaby.

Badanie chorej wykazało: Głowa duża. Czoło niskie, nos zadarty do góry. Szyja krótka i gruba. Gruczołu tarczowego wyczuć się nie daje. Skrzywienie

kręgosłupa na prawo. Biodra nieodpowiednio szerokie, ręce i nogi krótkie. Twarz bez wyrazu i obrzęka. Powieki pulchne, przymrużone. Zabarwienie skóry woskowe, na policzkach małe rumieńce. Wargi grube, sine. Zęby nieprawidłowo osadzone, mocno spróchniałe i cuchnące. Błony śluzowe blade. Skóra twarda, sucha, łatwo się łuszczy. Włosy na głowie twarde, cienkie, suche. Brwi rzadkie. Pod pachą brak włosów zupełny, w okolicy łonowej są tylko na wargach dużych. Gruczoły piersiowe zwisające. Płuca zdrowe. Tony serca czyste, słabe. Brzuch duży. Macica mała, jajników nie czuć. Czucie i odruchy prawidłowe. Głos ochryply, jednostajny. Władze umysłowe, jak u dziecka. W ogóle mało mówiąca, apatyczna. Wagi ciała 33.050 grm., hemoglobiny 65%. Czerwonych ciałek krwi 3.464.000, stosunek do białych 124:1. Mocz prawidłowy, mucyny nie zawiera. Ciepłota ciała prawidłowa. Tętno 70 słabe.

Zaczęto dawać tyreoidynę w pigułkach. W ciągu 3 tygodni wyżyła 4,25 grm., dziennie po 10—30 centygrm.. Już 3 dnia zauważono zwiększenie się ilości moczu, tętno częstsze i podniesienie się ciepłoty. Poprawa szła naprzód powoli. Czasami napady duszniczy bolesnej. Po kilku tygodniach obrzęk twarzy mniejszy, wyraz jej lepszy, przymrużenie powiek znikło. Skóra wilgotna, spocona, o zdrowym zabarwieniu. Obrzęk tułowia, kończyn i gruczołów piersiowych mniejszy. Na goleniach i stopach mocne łuszczenie się naskórka. Pod pachą i na łonie wyrasta puszek. Uczucie zmęczenia i bóle ustąpiły. Głos czysty, mowa szybka. Czuje się dobrze; ożywiona i wesoła chętnie przestaje z ludźmi. Sen dobry, bez widziadeł. Waga ciała 30,450 grm., hemoglobiny 65%. Czerwonych ciałek krwi 3.688,000, stosunek do białych 375:1.

(*Deut. med. Wochen.* 1893. Nr. 11, *Ueber die Behandlung des Myxoedems*).

III.

MURRAY z Newcastle, który pierwszy wpadł na pomysł leczenia śluzo-obrzęku gruczołem tarczowym, miał równie dobre wyniki, stosując chorym wstrzykiwanie podskórne.

Do tego brał on mieszaninę z równych części wyciągu gruczołu, gliceryny i 5% roztworu karbolowego. Na raz wstrzykiwał 15 kropeł. MURRAY rozróżnia dwa okresy w leczeniu śluzo-obrzęku: okres polepszenia postępującego, wtedy stosuje środek codziennie i okres poprawy trwałej, wówczas stosuje go raz na 2 tygodnie w ilości 20 kropeł, a to w celu zapobieżenia nawrotom choroby.

(*La Semaine médicale.* 1893. Nr. 8. *Sur plusieurs cas de myxoedème traités par le suc thyroïdien*).
A. Leśniowski.

82. Ed. Krauss. Przyczynek do anatomii patologicznej wiądu rdzenia.

Po krótkim wstępie, zawierającym zestawienie poglądów rozmaitych autorów nad kwestyą zmian anatomo-patologicznych przy wiaździe rdzenia, autor wypowiada własne poglądy, opierając się na nader ścisłych badaniach drobnowidzowych piętnastu spostrzeganych przez siebie przypadków. Oto wnioski autora:

1) Topografia porażenia pęczka tylnego.

W części lędźwiowej rdzenia ulega porażeniu najprzód miejsce, będące w ścisłym związku z włóknami korzeniowymi, wstępującymi w tylne rogi i zajmujące średnią trzecią część tylnego pęczka. Zwyrodnienie rozszerza się odtąd ku przodowi aż do wąskiego przedniego pola, z tyłu aż do tylno-zewnętrznego pola, z wewnątrz graniczy ze środkowym szlakiem. Nietkniętym pozostaje przedni szlak, przylegający do *commissura posterior*, który często ciągnie się jako wązki pasek ku tyłowi i na zewnątrz wzdłuż rogu aż do tylnego zewnętrznego pola, a z tyłu i na wewnątrz znajduje się niekiedy w związku ze środkowym szlakiem, ciągnącym się wzdłuż *septum posterius*, podczas gdy wprost ku tyłowi przechodzi stopniowo w obręb degeneracji średniej części pęczka tylnego. Następnie,

długo przechowują się owalne, tylne pola, które tylnym swym rąbkiem przylegają do obwodu rdzenia, a zewnętrznym albo graniczą wprost z tylnym rogiem, albo też oddzielone są odeń wązkim szlakiem degeneracyjnym; wewnętrzny rąbek tych tylnych pól znajduje się w związku ze środkowym polem. To ostatnie jest rozmaitego kształtu: albo przedstawia wązki podłużny szlak, ciągnący się od tylnej *commissura* wzdłuż *fiss. longit. posterior* aż do obwodu, albo też owal podłużny, a niekiedy klin, leżący w tylnej trzeciej tylnego pęczka przy *fiss. long. post.* Przy dalej postępującej degeneracji zachorowują owalne tylno-zewnętrzne pola, a dopiero później środkowe szlakowate pole, tak, iż w końcu pozostaje nietkniętym tylko przedni szlak [tak bywa w najsilniej wyrażonych postaciach].

W części grzbietowej rdzenia ulegają porażeniu przede wszystkim dwa boczne paski, położone między *septum posterius* i brzegiem tylnego rogu, które ciągną się równolegle do wewnętrznego brzegu tylnego rogu i często oddzielone są odeń wązkim nietkniętym szlakiem. W jednym przypadku istniało jednocześnie lekkie zwyrodnienie środkowej części wewnętrznego klinu. Wyjątkowo w jednym przypadku było, iż w górnej połowie rdzenia grzbietowego aż do połowy jego tylko wewnętrzna część pęczków tylnych była zwyrodniała, a większa część włókien korzeniowych, ciągnących się do tylnych rogów, zarówno jak i słupy CLARKE'a, były nietknięte. W kilku przypadkach autor znalazł silnie zmienionym szlak podłużny, ciągnący się wzdłuż *fiss. long.* W pęczkach GOLL'a zazwyczaj tylny odcinek zachorowuje silniej, aniżeli przedni. Z czasem zmieniają się także tylno-zewnętrzne pola.

W części szyjowej rdzenia zwyrodnienie występuje z początku w pęczkach GOLL'a; jednocześnie ulega częstokroć zmianie i środkowy pas korzeniowy, a w następstwie i tylno-zewnętrzne pola, tak, iż w silnie wyrażonych postaciach wiadu rdzenia pozostaje nietkniętym tylko wązki przedni i boczny szlak.

2. Topografia zwyrodnienia rogu tylnego.

Co się tyczy słupów CLARKE'a, to, jak znaleźli już LEYDEN, LISSAUER i inni, w silnie wyrażonych przypadkach prawie całe słupy są zwyrodniałe. Im wyżej, tem zwyrodnienie słupów jest słabiej wyrażone. Zmiany w słupach są równomierne ze zmianami w pęczkach tylnych. Jeżeli cały pas korzeniowy tylnego pęczka jest zmieniony, to i cały słup jest ubogi we włókna; jeżeli przeciwnie tylko wewnętrzna część pasa korzeniowego jest chorą, to zewnętrzna część słupów CLARKE'a pozostaje nietkniętą.

Prócz tego zmiany degeneracyjne występują w pasie brzeźnym (*Randzone*) LISSAUER'a, w delikatnych i grubych włóknach pozostałej części rogów [te nie zawsze dają się stwierdzić], wreszcie w dużej ilości włókien, przenikających z tylnych rogów do białej substancji.

Przy wiądzie rdzenia ulegają zmianie również włókna nerwowe, naczynia i neuroglia. Co się tyczy naczyń, to nadmienić wypada, że nie należy ich odnosić do syfilisu; w tych bowiem przypadkach, w których nie było syfilisu, istniały nader silne zmiany naczyniowe, i na odwrót w przypadkach, w których był syfilis, zmiany naczyniowe występowały w nader słabym stopniu.

W przypadkach, opisanych przez autora, nader często widoczne były zmiany w nerwach obwodowych. Dla porównania autor badał nerwy obwodowe, w kilku przypadkach marazmu, powikłanego przewlekłym cierpieniem nerwu kulszowego i przekonał się, iż chociaż w tych razach również można znaleźć objawy zwyrodnienia, są one wszakże znacznie słabiej wyrażone, niż w wiądzie rdzenia; stąd autor wnioskuje, że zmiany nerwów obwodowych przy wiądzie rdzenia nie są przypadkowe i że rozwijają się one albo wtórnie, przyłączając się do cierpienia pęczków tylnych, albo pierwotnie i wówczas mogą istnieć w silnym stopniu nawet przy bardzo nieznacznych zmianach rdzenia.

W końcu swej pracy autor zastanawia się nad kwestyą, co przy wiądzie rdzenia ulega najprzód porażeniu: czy tkanka nerwowa, czy aparat naczynio-łączno-

tkankowy? Dla rozwiązania tej kwestyi, autor poddał badaniu siedm przypadków wtórnego zwyrodnienia rdzenia i przyszedł do wniosku, że we wszystkich tych przypadkach zmiany w neuroglii, włóknach nerwowych i naczyniach nie różnią się niczem od opisanych przy wiaździe rdzenia, czyli że podstawę zmian przy wiaździe rdzenia, zarówno jak i zmian przy wtórnych zwyrodnieniach, jest jeden i ten sam proces, a mianowicie: tak tu, jak i tam, pierwotnie zmienia się tkanka nerwowa.

(Arch. f. Psych. Bd. XXIII. H. 2 und 3).

A. Wixel.

Wiadomości bieżące.

— HOPPE-SKYLER podał nowy odczynnik na cukier w moczu. Jest to półprocentowy roztwór kwasu O-nitrofenylpropiolowego w ługu sodowym [5,76 grm kwasu rozpuszcza się w 100 ctm³ 10 procentowego roztworu wodoru sodu i odpowiednio rozrzedza wodą]. Po zagotowaniu z odczynnikiem moczu, zawierającego cukier, płyn przybiera zabarwienie błękitne, zależne od wytwarzania się indyga. Odczynnik daje się przechowywać długo bez zepsucia i wykrywa cukier nawet w bardzo małej ilości moczu, a jednoczesna obecność białka nie przeszkadza jasności odczynu. (*Zeitschr. f. physiol. Chemie. XVII, zeszyt I.*) A. K.

— C. PURITZ, ordynator kliniki Tschudnowsky'ego w Petersburgu, podaje w tomie 131, zeszyt 2, Arch. Virchow'a obszerną pracę o wpływie obfitego odżywiania na przebieg tyfusu brzuszego. Jeden szereg chorych, poddanych doświadczeniom, otrzymywał pokarmy w niedostatecznej ilości, mianowicie: średnio 50 grm. białka, 10—20 grm. tłuszczów, 100—150 grm. wodorów węgla i 2—2½ litra płynów na dobę. Drugiej grupie chorych podawano w ciągu doby około 160 grm. białka, 60—90 grm. tłuszczów, 300 grm. wodorów węgla i 3—3½ litra płynów. Wnioski, do jakich autor doszedł, są następujące: 1-o. Tyfusowi chorzy przy obfitem dostarczaniu im płynów mogą trawić znaczne ilości białka zarówno w okresie gorączkowym jak i bezgorączkowym. 2-o. W okresie gorączkowym trawienie białka odbywa się nieco gorzej przy obfitem odżywianiu chorego, niż przy niedostatecznym, nadto ten lub ów okres choroby nie wpływa prawie zupełnie na stosunek procentowy przyswojonych materii. 3-o. Przy dostatecznym odżywianiu chorych tyfusowych pokarmami obfitującymi w białko ilość moczownika w moczu wzrasta. Dalej, przy obfitem odżywianiu chorych tyfusowych można było stwierdzić: 4-o, że przemiana azotowych składowych części zmniejsza się pomimo ogólnego wzmoczenia przemiany materii. 5 o. Dzielne utraty azotu i straty na wadze zmniejszają się. 6 o. Ilość moczu zwiększa się [Nb. jeśli chory otrzymuje odpowiednią ilość wody], a obfite odżywianie nie wpływa na pojawienie się białka w moczu. 7-o. Obfite odżywianie nie pociąga za sobą podniesienia ciepłoty. Dalej 8-o. nie zauważono żadnych zaburzeń w trawieniu, biegunki ustępują, a nawet powstaje skłonność do zaparcia. 9-o. Nie spostrzegano ani powikłań, ani nawrotów, ani przedłużenia gorączki. 10-o. Chorzy w ogóle czują się lepiej. 11-o. Zdrowienie po tyfusie brzuszny odbywa się szybciej.

W zakończeniu pracy autor dodaje: być może, iż obfite odżywianie, szczególnie białkami, wywołuje jeszcze inne sprawy, polepszające przebieg choroby, lub też usuwa objawy, pogarszające tenże przebieg. Z.

— Już poprzednio Grawitz stwierdził wpływ nerwów naczynio-ruchowych na stopień zgęszczenia krwi. Obecnie ogłasza wyniki dalszych swych w tym kierunku badań. Dla oznaczenia ciężaru właściwego krwi używa autor włoskowatego piknometru w postaci szklanej rurki; waży ją samą, później określa jej wagę po napełnieniu wodą destylowaną i wreszcie krwią. Iloraz, otrzymamy przy podziale absolutnej wagi krwi przez taką wagę wody, oznacza ciężar właściwy krwi. Żeby uniknąć zastojów lub zbytowego upływu krwi, autor odpreparowywał u królików żyłę szyjową w okolicy podziału jej na dwie gałęzie, na jedną z nich nakładał w odległości 1 ctm. dwie pincety i między niemi robił otwór w ścianie żyłnej, przez który wstawiał włoskowatą rurkę w celu napełnienia jej krwią, wypływającą z wolnej gałęzi. W podobny sposób otrzymywał krew od psów i od koni, u człowieka zaś brał krew z płatka ucha. Później autor oznaczał wpływ soli kuchennej, surowicy, żółci i innych na zgęszczenie krwi. Z doświadczeń tych okazało się, że 140 grm. 10%

roztworu soli kuchennej, wstrzyknięte wprost do żyły, wywoływały rozcieńczenie krwi [ciężar właściwy u koni z 1047 spadł w ciągu 20 minut do 1042; sól gorzka i glauberska działały słabiej]. Przeciwnie sól wprowadzona do żołądka w ilości 15 grm. wywołała zgęszczenie krwi — u człowieka z 1050 ciężar właściwy podniósł się do 1060. 120 grm. surowicy wstrzyknięte do żyły koniowi obniżyło ciężar właściwy krwi z 1051 na 1048; żółte znów daje bardzo znaczne zgęszczenie krwi. Przy wstrzykiwaniu tuberkuliny, hodowli laseczników cholery i blonicy wykrył autor ten dosyć znaczne zgęszczenie krwi; przeciwnie, drobnoustroje ropne i karbunkulowe wywoływały jej rozcieńczenie. Jednakowe wyniki otrzymywano zawsze bez względu na to, czy drobnoustroje były żywe, lub nie; działają zapewne tutaj ich produkty życiowe. (*Deut. med. Wochensh. N. 20. 1893.*)

L. W.

— P. GAMALEJA, zajmując się badaniem warunków życia laseczników cholery poddawanych suchej i wilgotnej atmosferze, przekonał się, że laseczniki przecinkowe przy niedostatecznej ilości wilgoci tracą siłę żywotną w znacznym stopniu, pozostawiane zaś w suchem środowisku giną w nader krótki przeciąg czasu [po upływie 17 godzin]; w wilgotnem zaś powietrzu zachowują swą żywotność około 5 tygodni, nawet wówczas, gdy są pozbawione gruntu odżywczego. W wodzie, zawierającej salol, naftalinę, salicylan amonu, mentol, tymol, kwasy: solny, azotny, fosforowy, potaż gryzący, wodę wapienną, azotan i azoton sodu, laseczniki przecinkowe nie rozwijają się, natomiast winian amonu sprzyja ich rozwojowi, fosforan zaś molibdenu zabija je dopiero po upływie dłuższego przeciągu czasu. Również nie rozwijają się laseczniki przecinkowe w obecności leucyny, glikocholu, tauryny, mocznika, kwasu taurocholowego, allantoiny, kreatyny, asparaginy, w obecności tyrozyny rozwijają się słabo, w obecności zaś soku trzuskowego nader obficie; tym sposobem przystosowują się bardzo łatwo do warunków, zachodzących w przewodzie pokarmowym; doświadczenia te wskazują nadto na możliwość rozwijania się laseczników w wodzie w obecności soku trzuskowego [mas kałowych]. Toksyny i mikroproteiny *b. prodigiosi*, *butyrici*, *capsularis*, *anthracis*, *proteii vulgaris* działają zabójczo na hodowle laseczników przecinkowych, toksyny zaś *b. pyocyaneii*, *tussis convulsivae*, *diploc. Friedlaenderi* rozwój ich tylko do pewnego stopnia ograniczają. Następnie, badając zachowanie się laseczników cholery w wodzie zwyczajnej, wziętej z 2-ch rzek, 2-ch źródeł, 2-ch studzien i 2-ch stawów, przekonał się GAMALEJA, że wody te nie przedstawiają warunków, wśród których mogłyby laseczniki przez dłuższy przeciąg czasu przebywać w stanie żywotnym. (*Russkaja medicina. 1893. Nr. 15.*)

J. W.

— Wyszedł z druku Nr. 54 „Odczytów klinicznych“. Zawiera on pracę prof. RYDYGIERA z Krakowa: „O sposobach chloroformowania“. W treściwej formie znajdzie tu czytelnik najważniejsze dane o sposobie podawania chloroformu, niebezpieczeństwach grozących przy tem i środkach zaradczych.

— W Berlinie zaczęło wychodzić nowe czasopismo: „*Archiv für Laryngologie und Rhinologie*“ pod redakcją B. FRÄNKEL'a. Między współpracownikami pisma wymieniony jest i kol. SOKOŁOWSKI, który w zeszytce I pomieścił tłumaczenie pracy drukowanej w naszym czasopiśmie: O możliwości przejścia nowotworów krtani łagodnych w złośliwe.

— W początkach czerwca r. b. cholera pojawiała się w niektórych miejscowościach [Alais, Cette, Toulouse, Nimes, Narbonne] południowych departamentów Francji [du Gard i de l'Hérault]. Były to jednak przypadki pojedyncze i podług ostatniej wiadomości więcej się już nie pojawiają.

DO PP. PRENUMERATORÓW.

Upraszamy o wczesne nadsyłanie przedpłaty na II-gie półrocze r. b., tych zaś Pp. Prenumeratorów, którzy zalegają z opłatą, upraszamy o rychłe uregulowanie rachunków.

Do dzisiejszego N-ru Gazety Lekarskiej dołącza się bezpłatnie dla wszystkich prenumeratorów: „Katalog nowych książek“ księgarni E. Wendego za miesiąc kwiecień r. b.

Wydawca, D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny, D-r Wl. Gajkiewicz.

Дозволено Цензурою, Варшава 18 Юня 1893 г.

Друк К. Ковалевського, Крólewska Nr. 21.