

MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. Prace oryginalne. Zupełne błoniaste zarośnięcie nozdrzy tylnych. Przez S. Meyersona. — Sprawozdanie z posiedzeń Towarzystwa lekarskiego Warszawskiego. Posiedzenie kliniczne z d. 1 b. m. — Odczyty kliniczne. F. Guyon. O rozpoznawaniu i leczeniu nowotworów pęcherza. Streścił K. Zagórski. — Przegląd bibliograficzny. Dr. W. Nicati i M. Rietch. Poszukiwania nad cholerą. Sprawozdawca Dr. F. Arnstein. (Ciąg dalszy). — Wiadomości bieżące. — Ogłoszenia.

ZUPEŁNE BŁONIASTE ZAROŚNIĘCIE NOZDRZY TYLNYCH

Przez S. Meyersona

b. assystenta kliniki lekarskiej Uniwersytetu Warszawskiego.

Czytane na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego Warszawskiego d. 1 Lutego r. b.

Zupełne zarośnięcie nozdrzy tylnych należy do rzadko bardzo spotykanych zbroczeń ¹⁾. W roku 1882 opisał SCHRÖTTER ²⁾ przypadek błoniastej zasłony w górnym odcinku jamy nosogardzielowej. Przypadek ten, zwiedzając podówczas klinikę prof. SCHRÖTTER'A, miałem sposobność widzieć wielokrotnie i pokrótce go opisałem w Medycynie ³⁾. Dotyczył on 32-letniej panny, u której otwory tylne nosa zasłonięte były błoniastą przeponą, tak, iż ani obrysów nozdrzy tylnych, ani też otworów trąbek Eustachiusza nie podobna było widzieć. Jedynie tylko z lewej strony i ku dołowi dało się zauważyć zagłębienie lejkowate, zatłkane śluzem, lecz i to było owocem przedsięwziętej przed rokiem próby galwanokaustycznej. SCHRÖTTER wypalił od tyłu galwanokauterem wprowadzonym przez gardziel otwór około 1 ctm. w średnicy i następnie rozszerzał go za pomocą wprowadzenia świeczek metalowych.

Oprócz tego spostrzeżenia, w którym żadna przyczyna z wyjątkiem silnego nieżyty przebytego przed 8 laty nie dała się wykazać, SCHRÖTTER przytacza jeszcze 5 innych przypadków, w których więcej lub mniej rozległe blizny błoniaste zwężyły tylne nozdrza, lecz w żadnym nie dochodziło do zupełnego jak w opisanym przypadku zarośnięcia. Zrosty te w dwóch przypadkach okazały się zależnymi od zastarzałego przymiotu, w jednym od przewlekłego śluzotoku nosa i gardzieli (*Blennorrhoea Störk'a*), w jednym od przewlekłego nieżyty i owrzodzeń nosa, w jednym wreszcie przyczyna nie dała się wykazać. Przypadki te wyróżniają się jeszcze od pierwszego i tem, że we wszystkich, współcześnie z bliznowatą zwężeniem nozdrzy tylnych znajdowały się także

¹⁾ Na przeszło 2000 chorych, u których szczegółowo badałem jamy nosowe, spotkałem się tylko z jednym tego rodzaju przypadkiem.

²⁾ SCHRÖTTER: Ueber membranförmige Narben im oberen Pharynxraume. *Monatsschrift für Ohrenheilkunde* etc. 1882. Nr. 8.

³⁾ List z Wiednia. *Medycyna* 1883. Nr. 7.

zwężenia w krtani, a u niektórych i w gardzieli, podczas gdy w przypadku pierwszym błoniaste zarośnięcie dotyczyło wyłącznie nosa przy zupełnym braku zmian chorobnych w innych narządach, a i sama błona miała bardziej cechy błoniastej przepony, aniżeli wygląd błizny.

SEMON ⁴⁾ u 17-letniej kobiety spostrzegł zupełne zarośnięcie za pomocą grubej i mocnej tkanki, prawdopodobnie jak sądzi włóknistej, zboczenie to istniało od urodzenia i zostało usunięte za pomocą galwanokauteru. Głos był nosowy, jamy nosowe oraz sam nos bardzo wąskie.

Podobny zupełnie przypadek u kobiety 70-letniej opisuje CHIARI ⁵⁾. Błona zasłaniała całkowicie nozdrza tylne i otwory trąbek Eustachiusza, ale z lewej strony i u dołu przedstawiała dwa małe otwory przedzielone cienkim mostkiem, przez które z trudem mogło się wydostawać nieco powietrza. Leczenie z powodu podeszłego wieku chorej musiało być bardzo oględne. Z początku Ch. rozszerzał tylko zgłębnikiem otworki po lewej stronie, oraz przebił zgłębnikiem otwór po stronie prawej, następnie przeciął mostek między otworkami żegadłem galwanicznym i rozszerzył otwór. Na tem autor musiał się ograniczyć z powodu nadmiernej wrażliwości chorej.

Wreszcie przypadek błoniastego zarośnięcia nozdrzy tylnych operowany galwonokaustycznie opisuje CASSELBERG ⁶⁾, lekarz amerykański, o przypadku tym z powodu nie posiadania oryginału bliższych szczegółów podać nie mogę, ponieważ referent ogranicza się jedynie na przytoczeniu samego faktu.

Przypadek spostrzegany przeze mnie jest następujący: 37-letnia Ch. W. żona kupca z Kozienic, zgłosiła się do mnie w końcu Sierpnia r. 1885 skarżąc się na zasychanie i uczucie ciała obcego w gardle, oraz kaszel zjawiający się kilka razy do roku szczególnie na wiosnę i zimową porą. Pacjentka średniego wzrostu, słabo odżywiona i wątłej budowy ciała, chorób ważniejszych nie przebywała; podczas lata obecnego z porady lekarzy odbyła kurację w Szczawnicy, po której czuje się silniejszą, lecz dolegliwości w gardle, trwające już od lat wielu, nie ustąpiły. Głównie dolega chorej zasychanie w gardle, skutkiem czego budzi się często w nocy. Przy badaniu zwróciło przede wszystkim moją uwagę, iż chora oddycha wyłącznie ustami, które są zlekka otwarte. Jama gardzielową przedstawia zmiany właściwe t. z. ziarnistemu nieżyłowi (*pharyngitis granulosa*), na tle nieco zgrubiałej i lekko zaczerwienionej błony śluzowej dają się zauważyć tu i owdzie rozmaitej wielkości *granula* wypukłe i czerwone, na bocznych ścianach gardzieli, wzdłuż tylnych łuków podniebieniowych zgrubienia są więcej podłużne, fałdziste. Przy badaniu laryngoskopowem znalazłem struny prawidłowe i prawidłowo poruszające się, błonę śluzową tylnej ściany krtaniowej trochę zaczerwienioną i obrzmiałą. Badanie jam nosowych z przodu wykazuje nieznaczny przerost obu muszel dolnych, których błona śluzowa jest

⁴⁾ Mackenzie: Krankheiten des Halses und der Nase herausg. von Semon. Bd. II p. 674.

⁵⁾ O. CHIARI: Rhinologische Kasuistik II. Membranöser Verschluss beider Choanen. Wiener Med. Wochenschrift 1885. 48.

⁶⁾ W. E. CASSELBERG. A case of membranous occlusion of the posterior nares, with operations by the galvanocautery. Journ. of the Amer. Med. Association. 8 August 1885. International. Centralbl. f. Laryngologie Semon'a t. III. Nr. 2.

bladą, lecz powierzchnia gładką, przegroda nosowa bez ważniejszych zboczeń. Widząc że chora przez cały czas oddycha ustami zażądałem, by przepuściła powietrze przez nos, co jednak pomimo usiłowań chorej okazało się niemożliwym. Na pytanie moje, czy oddawna już trwa ta niemożność oddychania nosem, chora nie mogła mi dać dokładnej odpowiedzi. Nie zdawała sobie dokładnie sprawy ze sposobu, w jaki odbywa się u niej oddychanie, i, o ile sobie mogła przypomnieć, stan ten trwał już od bardzo dawna; chora nosa nie wycierała z pewnym dźwiękiem, jak to czynią inni, lecz jedynie obcierała go chustką, gdy okazywała się tego potrzeba.

Miałem więc do czynienia z zupełnem zatkaniem nosa, którego przyczyna przy badaniu wziernikiem od przodu nie dawała się wykryć. Dopiero badanie rynoskopowe rzuciło światło na przyczynę nieprzepuszczalności jam nosowych. Zamiast bowiem zwykłego obrazu rynoskopowego, przedstawiającego tylne nozdrza, a mianowicie, w linii środkowej przegrodę, po obu jej stronach dwa podłużnie owalne otwory, w których widać tylne części muszel nosowych, a na zewnątrz ich wyloty trąbek Eustachiusza, dała się zauważyć gładka, zupełnie jednolita powierzchnia bladо-różowego koloru, a zresztą nic a nic ze zwykłego obrazu rhinoskopowego. Zamiast tego ostatniego, widać jakby zasłone gładką wyciągniętą jak płaszczyzną i zlewającą się ze wszystkich stron ze ścianami gardzieli. Badanie palcem wprowadzonym do jamy nosogardzielowej potwierdziło brak jakiejkolwiek bądź guzowatości, a tylko obecność zasłony błoniastej, pod którą palec wyczuwał prawidłowe obrysy nozdrzy tylnych. Przy skombinowaniu badania za pomocą palca i zgłębnika wprowadzonego przez przednie otwory nosa, koniec zgłębnika wyczuwa się przez błonę, a przy badaniu rynoskopowem widać, jak zgłębnik wypukła zasłone, unosząc ją. Przy wprowadzeniu kateteru przez jamy nosowe sposobem zwykłym, wchodzi on z łatwością do trąbek Eustachiusza, o czym mogłem się przekonać za pomocą wdmuchiwania powietrza i otoskopu. Otwory zatem trąbek Eustachiusza znajdują się na właściwem miejscu przed zasłoną błoniastą, która je od tyłu zakrywa.

Utwierdziło mnie to w przekonaniu, że mam do czynienia z zarośnięciem nozdrzy tylnych za pomocą błoniastej przepony, bardzo podobnej do opisanej przez SCHRÖTTER'A. Co się tyczy przytwierdzenia błony badanie wykazało, iż poczyną się ona u dolnego obwodu nozdrzy tylnych, wzdłuż przytwierdzenia podniebienia młękkiego, a następnie przechodzi na ściany boczne i sklepienie gardzieli, zlewając się w zupełności z błoną śluzową tej ostatniej. Badanie uszu wykazało obecność przewlekłego nieżyty trąbek Eustachiusza i jam bębenkowych. Błony bębenkowe zmętniałe i lekko wciągnięte, odbłask świetlny niewyraźny, słuch nieco przytępiony. Zegarek kieszonkowy chora słyszy na 20 ctm. od uszu (odległość normalna 3 metry).

W płucach znalazłem oznaki przewlekłego nieżyty oskrzeli oraz nieznaczne zniżenie granic płucnych. W sercu i trzewiach brzusznych zmian nie ma. Sen, jak się dowiedziałem od męża chorej, jest chrapliwy i przerywany. Głos chorej ma przydźwięk nosowy. Usta zawsze odchylone i wygładzone bruzdy noso-wargowe nadają jej fizynomii wyraz trochę głupowaty.

Nie ulegało dla mnie najmniejszej kwestyi, iż dolegliwości w gardle oraz

objawy nieżytowe dróg oddechowych są następstwem nieprawidłowej czynności oddechowej u pacjentki. Wiadomo bowiem, iż błona śluzowa nosa odgrywa bardzo ważną rolę w czynności oddechowej, a to w trojakim kierunku: ogrzewa ona powietrze oddechowe, zatrzymuje na swej powierzchni liczne przymieszki pyłkowe w niem zawarte i wreszcie odwilża je, t. j. zaopatruje w odpowiednią ilość pary wodnej. Wobec wyłączenia zatem tego przyrządu skomplikowanego, rolę jego muszą przyjąć drogi oddechowe zastępcze, poczynając od gardzieli, które jednak w zupełności zastąpić go nie są w stanie. Gardziel bowiem nie posiada tak obfitej sieci i splotów naczyńiowych oraz przyrządów wydzielniczych, w jakie zaopatrzona jest błona śluzowa nosa, a stąd łatwe wysychanie gardzieli i wynikające stąd stałe jej drażnienie. Jeżeli dodamy do tego łatwe dostawanie się głębsze pyłków oraz powietrza niedostatecznie ogrzanego, to przewlekły nieżyt dróg oddechowych zmuszeni jesteśmy uważać za zwykłe następstwa stanu tego. Niezależnie jednak od tego, jak to wykazał VOLTOLINI ¹⁾ zapomocą doświadczeń manometrycznych, ciśnienie zarówno dodatnie przy wydychaniu, jak i ujemne przy wdychaniu, jest znacznie większe przy oddychaniu nosem aniżeli przy oddychaniu ustami. VOLTOLINI przy wydychaniu przez usta podnosił rtęć w manometrze do wysokości 160 milimetrów, przy wydychaniu zaś przez nos do 230 milim. Innemi słowy, ciśnienie powietrza, a zatem i ilość jego dostająca się do płuc, jest większą przy oddychaniu drogą naturalną t. j. nosem, a mniejszą przy oddychaniu ustami, co oczywiście nie może pozostać bez wpływu na stan ogólny chorych, ich rozwój fizyczny, odżywianie i t. d.

Chora na proponowane sobie usunięcie operacyjne błony chętnie się zgodziła, przystąpiłem tedy nazajutrz do operacji, którą wykonałem w sposób następujący. Po znieczuleniu błony od przodu i tyłu 100% roztworem kokainy, wprowadziłem przez przedni otwór prawej jamy nosowej żegadło galwaniczne, zagięte nieco w kształcie cewnika usznego, o tępej guzikowatej zakończoniu, i oparłszy go o błonę, wypaliłem w niej otwór. Rękoczyn ten odbył się zupełnie bez bólu, poczem chora mogła już z trudem przepuszczać powietrze przez nos oraz wycierać go sposobem zwykłym. Następných dni rozszerzałem otwór ten przez wprowadzenie świeczek kauczukowych, a gdy po trzech dniach otwór już przepuszczał koniec palca, wprowadziłem doń palec od jamy nosogardzielowej i przekonawszy się, że błona ustępuje ciśnieniu i rozrywa się z łatwością, oprowadziłem palec na około obwodu nozdrzy tylnych i w ten sposób oddzieliwszy błonę od ścian gardzieli, uwolniłem całą jamę nosogardzielową od przesłaniającej ją przepony. Teraz dopiero odsłonił się oku całkowity obraz rynoskopowy, i przy badaniu znalazłem otwory tylne nosa prawidłowego kształtu i wielkości, tak samo i otwory trąbek Eustachiusza. Tylne końce muszel dolnych powiększone w objętości, powierzchnia ich szara i brodawkowata. Po wykonaniu rękoczynu tego, oddychanie przez nos stało się zupełnie swobodnem, tak iż chora mogła opuścić Warszawę, uwolniona od dokuczliwego cierpienia, a należy się spodziewać, że z usunięciem przyczyny i następce zmiany

¹⁾ VOLTOLINI. Die Rhinoskopie und Pharyngoskopie. Breslau 1879. p. 199.

nieżyłtwe, jeżeli nie ustąpią w zupełności, to przynajmniej znacznej ulegną poprawie.

Jakkolwiek dotychczas posiadamy mało jeszcze spostrzeżeń zupełnego zarośnięcia błoniastego nozdrzy tylnych, to jednak prawie zupełna zgodność objawów i podobny wygląd zmian anatomicznych przedstawiają nam dosyć typową postać zboczenia, tak iż na podstawie ich skreślenie obrazu klinicznego okazuje się już możliwem.

Przedewszystkiem nasuwa się najciekawsze pytanie co do etiologii tego zboczenia. Jeżeli pominiemy przypadki powikłane przymiotem i t. z. śluzotokiem STÖRK'A, to musimy przyjąć, iż w niektórych razach błony te powstają jeszcze za życia zarodkowego. Przemawia za tem przypadek opisany przez RONALDSON'A ⁸⁾: u nowonarodzonej dziewczynki, zmarłej wkrótce po urodzeniu z powodu niemożności oddychania nosem, nie znaleziono żadnego innego zboczenia, prócz zarośnięcia nozdrzy tylnych błoną o tak mocnem utkaniu, iż zaledwie można było przebić ją zgłębnikiem. W przypadku SEMON'A również powstanie zboczenia odnieść należy do życia płodowego, przemawiają za tem dane anamnestyczne, jako też zboczenia w rozwoju szkieletu twarzy, właściwe zwięzieniom i zamknięciu jam nosowych t. j. wąskość nosa i jam nosowych, wstrzymanych w rozwoju swym, zgodnie zupełnie z doświadczeniami ZIEM'A, dokonaniem na zwierzętach ⁹⁾. ZIEM przekonał się na królikach, znajdujących się jeszcze w okresie rozwoju, iż dłuższe zatkanie jednej z jam nosowych wywołuje wstrzymanie rozwoju odpowiedniej strony twarzy, tak iż szew strzałkowy zbaczał ku stronie zatkanej, wymiary długości kości nosowej, czołowej i podniebieniowej okazały się mniejszemi po tejże stronie; dalej zauważył ZIEM mniej pionowe wzniesienie się wyrostka zębowego, jak i w ogóle mniejsze wymiary wszystkich prawie części szkieletu twarzy. Oczywiście, iż przy obustronnem zamknięciu jam nosowych toż samo wstrzymanie rozwoju winno nastąpić po obu stronach, jakkolwiek nie w każdym przypadku w braku criterium porównawczego może być na pewno stwierdzonem. VOLTOLINI ¹⁰⁾, który spostrzegał przypadek jednostronnego zarośnięcia prawego nozdrza tylnego, uważa również powstanie zrostu za wrodzone. Mniej wyraźną przedstawia nam się etiologia w przypadku SCHRÖTTER'A i moim. W przypadku SCHRÖTTER'A chora wyraźnie oświadcza, iż od 8 lat po przebyciu silnego „kataru” zauważyła, iż oddychanie nosem staje się coraz trudniejszym, aż nareszcie w zupełności stało się niemożliwem. Musimy zatem albo przypuścić, iż błona rzeczywiście zaczęła się wytwarzać dopiero w owym czasie, albo też że istniała już dawniej, lecz niezupełna, tak iż oddychanie było jeszcze możliwem, a dopiero pod wpływem owego „kataru”, lub też niezależnie od niego, przyszło do zupełnego zarośnięcia nozdrzy.

(d. n.)

⁸⁾ MACKENZIE. Krankheiten des Halses und der Nase. Bd. II. p. 673.

⁹⁾ ZIEM. Ueber Asymmetrie des Schädels bei Nasenkrankheiten. Monatsschr. f. Ohrenh. etc. 1883. Nr. 3, 4 i 5.

¹⁰⁾ Die Anwendung der Galvanocaustik im Innern des Kehlkopfes und Schlundkopfes. 2 Auflage 1871.

Sprawozdania z posiedzeń Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie kliniczne z dnia I b. m.

Kol. MEYERSON odczytał opis spostrzeganego przez siebie ciekawego przypadku zupełnego błoniastego zarośnięcia tylnych otworów nosa uleczonego na drodze operacyjnej *). Kol. SOKOŁOWSKI oznajmił, iż przed 2-ma laty wspólnie z kol. SZTEYNEREM spostrzegał podobny przypadek. Kol. S. usunął błonę zapomocą przebicia zgłębnikiem i oddzielenia przyrostów palcami. Kol. MODRZEJEWSKI powiada, że spostrzegał zarośnięcie tylnych otworów nosa przymiotowego pochodzenia, przyczem miało miejsce zapalenie ucha średniego, co wreszcie nie odnosiło się do odczytu kol. M. który na samym wstępie wyłączył zarośnięcie tylnych otworów nosa przymiotowego pochodzenia.

Kol. DOBRZYCKI mówił o spostrzeganym przez siebie wraz z kolegami DZIERZBICKIM i PRZESMYCKIM w Skawucie, następnym przypadku: A. Szymański lat 28, gajowy, dotąd zdrowy zupełnie, po ciężkiej kilkodniowej pracy, nagle poczuł silne bóle w całym brzuchu. Bóle trwały dni kilka i wzmogły się do tego stopnia, iż S. zmuszony był położyć się na dwa tygodnie do łóżka. Współcześnie dostrzegł on olbrzymi guz w brzuchu. Guz jednakże po pewnym czasie zniknął. Gdy po upływie miesiąca S. na nowo wziął się do ciężkiej pracy, robiąc przytem po kilkanaście wiorst dziennie, wspomniany guz na nowo się pojawił i w dolnym odcinku brzucha na stałe umiejscowił. Stan ten trwa już około lat trzech. Z uwagi 1) iż guz o powierzchni gładkiej doskonale przez ściany brzuszne wyczuwalny posiadał kształt, wielkość, konsystencję i w ogóle wszelkie wątrobie właściwe cechy; 2) że w miejscu wątroby w stanie prawidłowym odpowiadającym w obec płuc zupełnie zdrowych ton tępy zastąpiony był przez ton kiszkowy; 3) że zjawisko obniżenia się górnej granicy wątroby przy głębokim wdechu nie istniało 4) że z łatwością pod łuk żebrów prawy palec wprowadzić było można, że nakoniec 5) guz powstał nagle, co wszelkie nowotwory wyklucza; wszyscy trzej kolledzy doszli do wniosku, iż guz ów był wątrobą, czyli, że dany przypadek stanowił t. z. *hepar migrans*. Chociaż guz tylko nieznacznie posiadał ruchomość, co od następczych zrostów mogło być zależnem gdyż S. od czasu pojawienia się guza często na zdrowiu zapadał, to jednak zbiór powyższych objawów zdaniem kol. D. uzasadniał powyższe rozpoznanie. Zjawisko przemieszczenia wątroby w danym przypadku według kol. D. powstało najprawdopodobniej na skutek rozerwania lub też bardzo znacznego wydłużenia więzu wieszadłowego wątroby od którego prawie wyłącznie położenie wątroby jest zależnem. I jedno i drugie mogło tu mieć miejsce, gdyż chory wystawiony był na gwałt mechaniczny, oraz mógł już z natury mieć więzadła wiotkie, mały stopień spoistości przedstawiające, a więc usposobione do wydłużenia. Czy przypuścimy jedno lub drugie, albo też oba te momenty razem, co jest prawdopodobniejszem, koniecznym tego wynikiem musiał być pewien obrót wątroby około swej osi poprzecznej. Jak w danym razie mógł on wynosić mniej więcej ćwierć okręgu koła, skutkiem czego powierzchnia górna wątroby stała się przednią. Z postępem czasu wątroba w tem położeniu przytykając swą wypukłą powierzchnią do tylnej ściany jamy brzusznej, stopniowo ku dołowi się obniżała i ostatecznie zajęła dolny odcinek brzucha, gdzie ją obecnie wyczuć można. Kol. FABIAN zwróciwszy uwagę na to, iż termin *hepar migrans* do danego przypadku nie może być zastosowanym, do czego trzeba, aby wątroba na swe właściwe miejsce odprowadzać się dawała, i że raczej odpowiedniejszą tu jest nazwa *versio hepatis*, mówił obszernie o wątrobie wędrującej opierając się między innemi na dziele LANDAU' A p. t. *Die Wanderleber und der*

*) Opis tego przypadku podajemy w obecnym numerze Medycyny.

Hängebauch der Frauen, kładąc przedewszystkiem nacisk na możebność błędów rozpoznawczych obecnością guzów jajnikowych spowodowaną, oraz na wielką trudność rozpoznawania guzów jamy brzusznej w ogóle; a w tym względzie powoływał się na przypadek MÜLLER'A, gdzie guz złożony ze zrosniętych w jeden pakiet kiszek wzięty był za życia za wątrobę; przytoczył również spostrzegany przez siebie i sekcją stwierdzony przypadek obniżenia się wątroby na 4 palce, spadnięciem z 15 metrowej wysokości spowodowany, wreszcie przyznając, iż dany przypadek jako u mężczyzny spostrzegany należy do bardzo rzadkich, wyraża wielkie wątpliwości co do rozpoznania. Kol. DOBRZYCKI w odpowiedzi na powyższe twierdzenia zauważył, iż w danym przypadku rozpoznanie przynajmniej o tyle na pewno się zyskało, że dany osobnik był mężczyzną, że więc guzy jajnikowe utrudniać rozpoznania nie mogły, że wreszcie nagle powstanie guza stanowczo przemawia, iż to był nie nowotwór lecz jedno z trzew brzusznych. Kol. DUNIN uważając, iż podobne przypadki tylko na stole sekcyjnym z bezwzględną pewnością rozpoznane być mogą, stanowczo stawia rozpoznanie pod znakiem zapytania, nadto nie zgadza się na sposób tłumaczenia zjawiska przez kol. D. podany, twierdząc, iż podobny obrót wątroby koło osi i tak znaczne opuszczenie jej ku dołowi musiałoby za sobą porozrywanie lub zaciśnięcie naczyń sprowadzić, że wreszcie jeżeli się wątroba opuszcza to opuszcza się ona bez zmiany w położeniu lub też ulega obrotowi około osi przednio tylnej. Kol. DOBRZYCKI zauważył, iż porozrywanie lub zaciśnięcie naczyń w podobnych przypadkach wcale nie jest koniecznością anatomiczną, że ile razy wątroba się obniża, bezwarunkowo musi uleść obrotowi około osi i nigdy bez tej osiowej zmiany położenia t. j. *in toto*, swego właściwego miejsca opuścić nie może, że wreszcie raz przyjąwszy znaczne rozluźnienie więzadeł łatwo da się zrozumieć cały proces obniżenia się wątroby w danym przypadku. Kol. JAWDYŃSKI zaznacza, że w obec wątpliwości jakie się przy rozbięciu danego przypadku nasuwają, wskazaną byłaby właściwie laparotomia próbna, celem dokładnego określenia niepewnego rozpoznania. Laparotomia taka nieprzedstawia zazwyczaj niebezpieczeństwa, a rzecz należyście wyświeśla. Kollodze JAWDYŃSKIEMU nie zdarzyło się nigdy widzieć laparotomii próbnej zakończonej śmiertelnie, gdy przeciwnie, spostrzegał śmiertelne zejście skutkiem próbnego przekłęcia dokonanego trójgrańcem. Kol. ZAGÓRSKI jest zdania, że jakkolwiek laparotomia próbna należyście wykonana, w ogromnej większości przypadków życiu chorego nie zagraża, niemniej przeto w danym razie jasnych wskazań do niej niewidzi, rękoczyn ten rozpoznawczy bowiem, podejmowany być winien tam tylko, gdzie zeń korzyść dla chorego wynikać może. Tymczasem w naszym przypadku gdybyśmy znaleźli istotnie wątrobę, nie byłibyśmy w stanie nic zdziałać, przeciw zaś możliwości i istnieniu nowotworu świadczą dane etiologiczne, kol. DOBRZYCKI bowiem wspominał, że guz opisanej przezeń wielkości i kształtu powstał w ciągu kilku dni, co zarówno nowotworowe, jak i zapalne jego pochodzenie wyłączać się zdaje. Co do dowodzenia kol. DUNINA, który twierdzi, że przemieszczenie wątroby tak znaczne, musiałoby za sobą pociągnąć uszkodzenie naczyń krwionośnych wątroby, kol. ZAGÓRSKI, sądzi że zarzut ten, jakkolwiek na pozór racjonalny, przemawiałby jednak przeciwko możliwości istnienia wątroby wędrującej w ogóle. Kol. DUNIN wyjaśnia, że możliwości istnienia *hepar migrans* wcale nieprzeczy, lecz że zdaniem jego powstać ona może li tylko przy opuszczeniu się całej masy wątroby ku dołowi, gdy mechanizm przechylenia się jej ku przodowi, ćwierć obrotu około poprzecznej osi, o którym wspominał kol. DOBRZYCKI, jest niezrozumiałym bez naruszenia całości naczyń „*portae hepatis*”. Kol. GOLDFLAM zaznacza, że oponenci kol. DOBRZYCKIEGO odrzucają przypuszczenie przemieszczonej wątroby z powodu trudności wytłumaczenia mechanizmu, nie mówią zaś czem mógł być tak wielki guz w jamie brzusznej w danym przypadku i warunkach powstały. Nagle wy-

stąpienie wielkiego guza po urazowej przyczynie, brak objawów następczego krwotoku lub zapalenia otrzewni nasuwają myśl, że był to jeden z tworów, znajdujących się normalnie w jamie brzusznej; jeżeli zaś guz ten miał kształt wątroby o gładkiej i wypukłej powierzchni, o ostrych brzegach, jeżeli dawał się ująć i dawniej po pierwszym pojawieniu się nagle na czas pewien zniknął, jeżeli na miejscu zwykłej tępości wątroby kol. DOBRZYCKI otrzymywał ton kieszek i mógł swobodnie wsunąć palce pod prawy łuk żebrowy, wyda się możebnem przypuszczenie, że miał przed sobą przypadek przemieszczonej wątroby. Co do mechanizmu powstania, nie sądzi kol. GOLDFLAM, żeby warunki anatomiczne bezwzględnie sprzeciwiały się przyjęciu takiej sprawy. Jeżeli przypuścimy zwiotczenie więzu wieszadłowego, a może i naderwanie więzu na skutek urazu, mogła wątroba zrobić obrót koło osi poprzecznej (jej powierzchnia górna stać się przednią) i zarazem opuścić niżej w jamie brzusznej; ze strony leżnego więzu żołądko-wątrobowego i części odzwierniczej żołądka (która przy nowotworach odzwiernika opuszcza się nieraz bardzo nisko do jamy brzusznej) przeszkody nie ma, naczynia zaś i przewody żółciowe przy obrocie koło osi poprzecznej prawie zmianie położenia ani wyciągnięciu nie ulegają. Kol. HEWELKE utrzymuje, że przeciwnie zdaniem jego obniżenie całej masy wątroby ku dołowi, jak to kol. DUNIN twierdzi, naraziłoby na szwank naczynia wątroby łatwiej, niż opuszczenie jej ku przodowi wskutek obrotu około osi poprzecznej, dodaje nadto, że w literaturze znane są stwierdzone sekcją przypadki zmiany położenia wątroby, rozwijające się w powyżej opisany sposób, szczególnie powstające powoli, przy obecności wysięków w jamie opłucnej.

ODCZYTY KLINICZNE.

F. GUYON. O rozpoznawaniu i leczeniu nowotworów pęcherza (*Sur le diagnostic et le traitement des tumeurs de la vessie*).

Streścił Karol Zagórski.

Na ostatnim zjeździe chirurgów francuzkich (odbyłym w Paryżu w Październiku 1886 r.) GUYON miał pod powyżej przytoczonym tytułem wykład, który w głównych rysach streścił tu zamierzam. W wykładzie tym zastanawia się on, czy cięcie rozpoznawcze potrzebnem jest do stanowczego oznaczenia nowotworów pęcherza, czy też choroba może być określona za pomocą zwykłych środków klinicznego badania; — dalej, w jakiej mierze i stopniu rozpoznanie to ustanowić jesteśmy w możności, jakie są główne operacyjne wskazania i metoda która najlepiej skuteczność rękoczynu zapewnia i na koniec jakie są ostateczne operacyjnego leczenia wyniki.

Przy obecnym stanie techniki chirurgicznej, żaden chirurg w zasadzie nie może być przeciwnym rękoczynom rozpoznawczym. Aby je wszakże usprawiedliwić, potrzeba aby zwykłe sposoby klinicznego badania okazały się bezwzględnie niewystarczającymi do rozwiązania wątpliwości, które nóż chirurga ma przeciąć. Otóż zdaniem GUYONA w ogromnej większości wypadków dokładny rozbiór klinicznych objawów w zupełności tu wystarcza.

Nieodłącznym od nowotworów dróg moczowych objawem jest przedewszystkiem krwawe moczenie. Ilekroć takowe przychodzi bez dającej się określić przyczyny, tyle razy podejrzenie nowotworu nasuwa. Podejrzenie to zamienia się nieomal w pewność, jeśli krwotok trwa dalej, pomimo zachowania bezwzględnego spokoju, jeśli ustaje nagle sam przez się, powraca coraz częściej a trwa coraz dłużej. Wszystkie te objawy wspólne są jednak krwotokom nerkowym i pęcherzowym, szukać więc musimy danych, które pozwolą nam bliżej siedzieć cierpienia określić. Dane takie otrzymamy przedewszystkiem z dokładnego

zbadań odnośnych narządów. Zaczniemy od nerki. Nowotworom nerki, towarzyszy zazwyczaj już we wczesnych okresach ich rozwoju powiększenie objętości narządu. Powiększenie to jednak, trudno bywa zwłaszcza w początkach określić. GUYON zwraca uwagę na objaw, mogący w tym względzie ważne oddać usługi. Objaw ten, na który on pierwszy zwrócił uwagę, nazwany został przezeń: „*ballotement rénal*.” Polega on na tem, że gdy objętość nerki wzrasta nerka sama staje się *eo ipso* łatwiej poruszalną, z wyjątkiem tych przypadków, w których powiększenie objętości występuje jednocześnie ze sprawą zapalnej natury bądź w nerce samej, bądź w sąsiednich jej tkankach, czego wynikiem bywa naodwrot ścisłejsze unieruchomienie narządu. Otóż jeśli mamy do czynienia z powiększeniem nerki niezależającym od spraw zapalnych, wówczas określić je możemy następującym sposobem. Jeden lub dwa palce jednej ręki przy leżącym położeniu chorego, umieszczamy około kręgosłupa pomiędzy ostatniem żebrzem i grzebieniem kości biodrowej i za pomocą krótkich, urywanych, kilkakrotnie powtarzanych poruszeń, staramy się wprowadzić w ruch odnośną nerkę, podnosząc ją raptownie, podrzucając niejako ku górze. Umieszczona napłask na brzuchu druga ręka badającego, odczuwa wówczas od wewnątrz pewne lekkie, charakterystyczne uderzenie, które właśnie GUYON mianem „*ballotement rénal*” oznacza. Objaw ten pozwolił wielokrotnie Guyon'owi stwierdzić w bardzo wczesnym okresie powiększenie objętości nerki, innym sposobem oznaczyć się nie dające.

Drugim objawem, często początkowym okresom rozwoju nerkowych nowotworów towarzyszącym, jest t. zw. *varicocele symptomaticea*. Objaw ten polega na tem, że po stronie sprawą nowotworową zajętej, występują żyłaki sznurka nasiennego, rozwijające się szybko i dosięgające niekiedy znacznych rozmiarów. Żyłaki te są oczywiście wynikiem ucisku wywartego przez rozwijające się nowotwór, jeśli takowy usadowiony jest w pobliżu ujścia żył nerkowych.

Trzecim na koniec objawem od krwotoków nerkowych zależnym, są rozmaitego natężenia bóle, jakie chory w kierunku przebiegu moczowodów odczuwa, a które nabierają szczególnego pod względem rozpoznawczym znaczenia, jeśli następnie wraz z moczem wydala chory długie, cienkie, cylindryczne skrzepy, stanowiące niejako odlew światła części moczowodu. Skrzepy takie wytworzyć się mogą zresztą i w cewce moczowej, nabierają więc właściwego znaczenia dopiero wówczas, gdy gruczoł przypratny i cewka sama nie przedstawiają uszkodzeń wskutek których krew do cewki moczowej wprost dostawać się może, i gdy nadto wydalanie ich poprzedzone bywa wyżej opisanymi bólami.

Ze strony pęcherza objawy pozwalające wnioskować o obecności nowotworu w jego wnętrzu, otrzymujemy za pomocą badania palcem przez odbytnicę i kateteryzowania. Szczególnej doniosłości środkiem okazuje się tu badanie *per rectum*, przyczem pamiętać należy, że chory powinien się znajdować w położeniu leżącym na wznak, że pęcherz powinien być opróżniony i że badanie palcem *per rectum* uzupełnić należy jednoczesnem obmacywaniem okolicy nadłonowej, uskuteczniomem przez umieszczoną na płask po nad spojeniem łonowem drugą ręką, podobnie jak przy badaniu macicy. Rozumie się samo przez się, że u kobiet badanie przez odbytnicę, zastąpimy badaniem przez pochwę.

Badanie przez odbytnicę ma za przedmiot oznaczenie stanu ścian pęcherza i zwiększenia jego objętości. Jeśli nastąpiło zgrubienie ścian pęcherza wskutek nowotworowego ich nacieczenia, wówczas za pośrednictwem opisanego dwuręcznego badania z łatwością stwierdzić takowe zdołamy. Przy wyraźnem nacieczeniu, możemy nawet dokładnie oznaczyć którą część ściany pęcherza ono zajmuje. W znacznej jednak liczbie wypadków, gdy nacieczenie jest jeszcze w okresie rozwoju, które GUYON „*infiltration larvée*” nazywa, badanie żadnych nam w tym względzie wskazówek nie daje. Łatwiej daleko określić powiększenie objętości pęcherza. Im nowotwór będzie większy, tem wyraźniej pęcherz po nad spojeniem łonowem wycujemy. Nadto, za pomocą tego sposobu przekonać się

możemy nie tylko o obecności nowotworu w pęcherzu i w przybliżeniu o jego wielkości, ale także po części i o zbitości jego utkania.

Co się tyczy badania cewnikiem, to takowe w obec nowotworów pęcherza mniej nam stanowczych danych dostarcza, niżemy odeń w ogóle przy cierpieniach pęcherza otrzymywać zwykli. W przypadkach nawet, gdzie na zasadzie summy klinicznych objawów dochodzimy do wniosku że niewątpliwie z nowotworem pęcherza mamy do czynienia, nie zawsze udaje się rozpoznanie nasze cewnikiem stwierdzić. Ani ujemne ani dodatnie wyniki badania cewnikiem, w ogromnej większości przypadków, nie dają nam żadnych rozstrzygających wskazówek co do rozpoznania nowotworów pęcherza, jak z jednej strony bowiem, średniej wielkości nowotwór miękkiego utkania, przy badaniu kateterem ująć może niepostrzeżenie, a guz o płaskiej, szerokiej podstawie, znacznej nawet objętości, zdradzi się przy katetyzacji tylko pewną trudnością, jakiej przy poruszaniu cewnikiem wewnątrz pęcherza doznamy, tak na odwrót częściowy skurcz pęcherza może na tyle którąkolwiek ze zmienionych ścian pęcherza, (zwłaszcza zaś tylną) zniekształcić, że rękę badającego, fałszywem poczuciem obecności guza we wnętrzu pęcherza łatwo w błąd wprowadzić zdoła. W niektórych szczególnych przypadkach katetyzowanie może się nam jednak okazać czynnikiem pomocniczym bardzo cennym. Przy guzach mianowicie więcej zbitego utkania, osadzonych na krótkiej szypule, udaje się niekiedy cewnikiem i kształt nowotworu i sposób i miejsce przytwierdzenia jego dokładnie oznaczyć. Badanie cewnikiem może nam jeszcze dać ważną wskazówkę, jeśli prawidłowo odbyta katetyzacja, w ciągu której nie napotkaliśmy żadnej przeszkody, wywoła jednak bezpośrednio obfite i długotrwałe krwawienie, objaw ten bowiem zależy zazwyczaj od obecności w pęcherzu nowotworu, niekiedy nawet łagodnej natury, którego charakterystyczną własnością jest nadzwyczaj łatwe krwawienie przy zetknięciu z twardym cewnikiem choć wskutek miękkości jego utkania, zetknięcia tego ręką badającego odczuć nie jest zdolna ¹⁾. Z uwagi jednak, że na wyniki wewnątrzpęcherzowego badania liczyć w znacznej większości przypadków nie możemy, zdaniem GUYON'A, należy się przyzwyczajać do obchodzenia się bez nich i nie wahając się rozpoznawać nowotwór pęcherza, jeśli inne dane dostatecznie o obecności jego wnosić pozwalają. Nakoniec GUYON wspomina, że niekiedy wydzielone z moczem cząstki nowotworu, zbadane mikroskopowo mogą rzucić niejaki światło na wątpliwe rozpoznanie. ²⁾

Na zasadzie dokładnego rozpatrzenia opisanych objawów możemy tedy obecność nowotworu w pęcherzu bez pomocy cięcia rozpoznawczego oznaczyć. Brak nam jednak ścisłych danych o naturze nowotworu, o sposobie jego przytwierdzenia i o stosunku jego ze ścianami pęcherza. Nie wiemy także czy nowotwór jest pojedynczy, czy też usadowiony jest w kilku miejscach. Otóż zachodzi pytanie czy cięcie rozpoznawcze, które dla oznaczenia obecności nowotworu okazało się zbyt cennym, nie dostarczyłoby nam w tym względzie pewniejszych wiadomości.

¹⁾ Pousson wspomina że takie miękkie nowotwory można jednak niekiedy wyczuć cewnikiem i że uczucie jakiego się przy zetknięciu z nimi zgłębnika doznaje, podobnem jest wówczas (wedle porównania Guyon'a) do tego, jakiegobyśmy doświadczyli „głaszcząc cewnikiem miękką, jedwabistą brodę.” (*De l'intervention chirurgicale, dans le diagnostic et le traitement des tumeurs de la vessie, par le Dr. Alfred Pousson Paris 1884. p. 67.*) (*Przyp. spr.*)

²⁾ Guyon, tak samo zresztą jak i Thompson, mało wagi przywiązuje do wyników mikroskopowego badania otrzymanych w ten sposób cząstek nowotworu. To też i w tym wykładzie pobieżnie tylko o tem wspomina, a do badania nie tylko że nie używa łyżeczkowatego cewnika (*Löffel Katheter*) Küstera, ale przeciwnie poleca eksploratory zupełnie pozbawione otworów, uważając że brzegi takowych w razie obecności nowotworu niepotrzebnie go ranią, a dane jakichby badanie uwiecznionych w tych otworach cząstek dostarczyło mogło, są więcej niż wątpliwe.

Jeśli weźmiemy pod uwagę cięcie exploracyjne kroczone, proponowane przez THOMPSON'A, to przyznać musimy że korzyści jakie zeń otrzymujemy są zazwyczaj nieznaczne. Istotnie nowotwory pęcherza napotykałyśmy najczęściej u ludzi podeszłego wieku, u których międzykrocz jest grube, a gruczoł przyprątny zazwyczaj przerosły. Wprowadzony tą drogą do pęcherza palec, przenika zaledwo końcem do jego wnętrza, tak że pomimo pomocy umieszczonej po nad spojeniem łonowym drugiej ręki badającego, usiłującej pęcherz za pośrednictwem nacisku przez ściany brzuszne wywartego, do międzykrocza zbliżyć, cała wewnętrzna powierzchnia pęcherza rzadko badaniu naszemu dostępną się staje. Drogą tą co najwyżej stwierdzić będziemy mogli obecność nowotworu i niekiedy dowiedzieć się o miejscu jego przyczepu, a i w tym względzie jeśli mamy do czynienia z tworami miękkiego utkrania, mogą one w zupełności ująć naszej uwagi, co się zaś tyczy większej lub mniejszej ich złośliwości, to o niej żadnych wskazówek badanie to nam nie dostarczy, bo nie tylko dotykiem, ale i wzrokiem budowy ich histologicznej określić nie jesteśmy w stanie. Nadto dodatkowych brodawkowatych narośli, zazwyczaj bardzo niewielkich, badanie to nigdy prawie nie wykrywa. Wykonane w celu rozpoznawczym cięcie nadłonowe dałoby nam nieco więcej wskazówek. O miejscu i sposobie przytwierdzenia guza przekonać się możemy za pomocą niego dokładniej, obecność dodatkowych narośli wykryć też bywa przy obejrzeniu wnętrza pęcherza nietrudno. Względy te jednak zdaniem GUYON'A do cięcia rozpoznawczego upoważnić nas nie mogą, bo bez świadomości o nich możemy z całą pewnością potrzebę lub konieczność rękoczynu leczniczego oznaczyć, wystarczy nam więc w zupełności gdy w trakcie operacji w celu leczniczym podjętej, dokładniej takowe poznamy. Cięcie rozpoznawcze tem trudniej jest uzasadnić, że zdaniem GUYON'A niewątpliwa obecność nowotworu nie jest jeszcze wskazówką do natychmiastowej chirurgicznej pomocy. Dopiero gdy krwotoki trwają nieustannie lub stają się nadmiernie obfite, gdy zjawiają się dokuczliwe bóle i zachodzą poważne czynnościowe zaburzenia, potrzeba operacji naprzód się wysuwa. Względy, więc, któreby uzasadniły cięcie rozpoznawcze, wystarczają do usprawiedliwienia potrzeby rękoczynu leczniczego. W bardzo więc tylko rzadkich przypadkach w których ścisły rozbiór podmiotowych i przedmiotowych objawów, pozostawia nas w niepewności, a ciężkie powikłania grożące życiu chorego czekać nie pozwalają — cięcie bez pewności o istnieniu nowotworu podjęte, a więc po części rozpoznawcze, znaleźć może rację bytu, z uwagi iż choremu niepotrzebnej, a niepowetowanej dlań zwłoki oszczędza.

Potrąciliśmy o kwestię wskazań operacyjnych. Pytanie, kiedy przy nowotworach pęcherza pomoc chirurgiczna potrzebną się staje, wiąże się ściśle z kwestią ich recydywy i generalizacji. Tej ostatniej przy nowotworach pęcherza nie mamy racji się obawiać. SAPPEY wykazał, że pęcherz moczowy pozbawiony jest zupełnie naczyń limfatycznych i w tej to właściwości anatomicznej leży prawdopodobnie przyczyna faktu, że nowotwory pęcherza nawet najzłośliwszej natury, nigdy prawie na sąsiednie narządy nie przechodzą. W przypadkach, gdzie jednocześnie zajęty jest pęcherz i odbytnica, lub pęcherz i macica, zawsze prawie możemy się przekonać, że nowotwór w pęcherzu rozwinął się następnie, że *nan per contiguitatem* przeszedł z sąsiednich narządów. Zajęcie gruczołów pachwinowych przy raku pęcherza napotyka się również bardzo rzadko; Guyon widział je tylko 4 razy.

Co się tyczy odradzania się nowotworów pęcherza *in situ*, to takowego spodziewać się należy prawie zawsze, skoro badanie drobnowidzowe wykaże, że mieliśmy do czynienia z nowotworem złośliwym. Przypadki doszczętnego wyleczenia takich nowotworów, należą do nadzwyczajnych rzadkości. GUYON z całej praktyki swojej jeden tylko taki przypadek przytacza. Wczesna chirurgiczna interwencja nie na wiele się tu przyda, wówczas bowiem nawet gdy nacię-

czenie nowotworowe ścian pęcherza palcem stwierdzić się nie daje, w sąsiedztwie z nowotworem złośliwym tkankach, znaleźć możemy rozsiane całe szeregi nowotworowych komórek. Stan ten GUYON nazywa „*infiltration larvée*,” nacieczenie ukryte, którego nie odnajdywał tylko wówczas, gdy nowotwór nie przechodził wielkością ziarnka grochu, lub co najwyżej fasoli, w okresie tym zaś zazwyczaj rak pęcherza klinicznie niczem obecności swej nie zdradza. Co się zaś tyczy wycięcia wraz z nowotworem sąsiadujących z nim części ściany pęcherza, to rękoczyn takowy, jako ogólna metoda poleconym być nie może ze względu choćby na okoliczność, że nowotwory pęcherza w ogromnej większości wypadków zajmują dno jego i ścianę tylną, okolice w których ze względu na stosunki anatomiczne wycięcie ściany pęcherza jest jeżeli nie wprost niemożliwe, to przynajmniej bardzo trudne i niebezpieczne. Nadto gdybyśmy nawet i wycięcie części ściany pęcherza wykonali, to nigdy nie możemy być pewni żeśmy usunęli całą okolicę zajętą przez wyżej wzmiankowane „nacieczenie ukryte.” Widzimy więc, że w obec nowotworów złośliwych operacja nie zabezpiecza nas nigdy prawie od ich powrotu. Przy nowotworach łagodnej natury, naodwrot—kiedykolwiek przedsięwziemy operację, zawsze takowa doszczętną być może, nigdy bowiem narosłe te ścian pęcherza nie przenikają a przeciwnie łatwo od nich dają się oddzielić. Jeśli nadto zauważymy że tak łagodne jak i złośliwe nowotwory, mogą w pęcherzu pozostawać przez długie lata nie wywołując żadnych objawów, oprócz krwotoków na tyle nieznacznych, że spowodowane przez nie straty krwi przez ustrój z łatwością bywają wyrównywane, to zrozumiemy dla czego GUYON jest zdania że przy niewątpliwiej nawet obecności wszystkich przedmiotowych objawów nowotworu w pęcherzu, interwencja nasza nie jest ściśle wskazana, dopóki powstałe wskutek nadmiernego rozrostu nowotworu, lub towarzyszących mu powikłań, podmiotowe objawy, potrzeby jej nie uzasadnią. Że zaś objawy takie, w postaci dokuczliwych bólów, zapalenia pęcherza, zatrzymania moczu, wycieńczających krwawień, zarówno przy każdym nowotworze, bez względu na jego budowę histologiczną wystąpić mogą, więc też kwestja większej lub mniejszej złośliwości nowotworu jest dla nas w praktyce podrzędnej wagi, w niczem bowiem na zmianę wskazań operacyjnych nie wpływa. Zapewne celem naszym jest przedewszystkiem wyleczyć chorego przez operację doszczętnie, ale tam nawet, gdzie z góry wiemy że celu tego osiągnąć nie jesteśmy w możności, nie powinniśmy się cofać przed operacją, która jeśli nie na zawsze zabezpiecza od powrotu cierpienia, jeśli nawet niekiedy od razu zupełną być nie może, niemniej przeto jednak wszystkie niemal ciężkie objawy subiektywne na razie znosi, a choć chorego nieraz od blizkiej śmierci uchronić nie zdoła, ale przynajmniej znaczną ulgę w ciężkich cierpieniach mu niesie. Te zaś palliatywne korzyści operacja osiąga prawie zawsze, przez zniesienie bowiem czynności pęcherza bóle z jego kurczeniami się połączone, znikają zupełnie, mocz przez otwartą drogę odpływa swobodnie, a nękające chorego krwotoki ustają nawet w razie, gdy wyluszczenie nowotworu w całkowitości uskutecznić się nie da. To też do takiej palliatywnej operacji GUYON nie zna żadnego przeciwwskazania; przeciwnie, przytacza przypadek w którym udało mu się osiągnąć czasową ulgę, ulgę trwającą już 1½ roku, choć w chwili przystąpienia do operacji, chory literalnie umierającym się zdawał. ³⁾

Z tego co poprzedza widzimy jak wielką wagę przywiązuje GUYON do operacji palliatywnej. Operacja doszczętna możliwa się okazuje prawie zawsze, tam gdzie mamy do czynienia z nowotworem łagodnym, a więc podług GUYONA

³⁾ Poglądowi temu, jakkolwiek może nieco krańcowemu, niepodobna jednak odmówić uznania, ze względu na jego wysoce humanitarne pobudki, skłaniające Guyona do czynnego występowania w tych niewdzięcznych przypadkach, wobec których utylitarniejszymi przekonaniami rządzący się chirurg, pozostałby biernie ostrożnym. (*Przyp. spr.*).

prawie w połowie ogólnej liczby nowotworów pęcherza. ⁴⁾ W przypadkach operowanych przez samego GUYON'A stosunek ten wypadł wyjątkowo niepo-myślnie, na 15-tu bowiem chorych, dwa razy tylko zdarzyło mu się napotkać nowotwory łagodnej natury: śluzaka i mięśniaka. Jeden z tych dwóch chorych zmarł wskutek operacji podjętej zresztą w najgorszych warunkach. Z pomie-dzy chorych dotkniętych rakiem, 3-ch operował GUYON dwukrotnie wskutek powrotu choroby. Raz jeden natrafił na znacznej objętości nabłoniak, siedzący na szypule. Nowotwór istniał od lat 10-iu, wyleczenie dotychczas zdaje się być doszczętnem.

Co się tyczy metody operacyjnej, to GUYON stosuje obecnie wyłącznie cięcie n a d ł o n o w e. ⁵⁾ Nadto po wycięciu lub wyłyżeczkowaniu nowotworu, miejsce przytwierdzenia jego do ścian pęcherza energicznie przypala żegadłem PAQUELIN'A.

Kończąc wykład z treścią którego starałem się czytelnika poznać, GUYON szczególnie nacisk kładzie na następujące wnioski:

I. Rozpoznanie nowotworów pęcherza nie tylko jest możliwe, ale nadto zrobione być może z względną ścisłością bez cięcia próbnego za pomocą zwy- kłych sposobów klinicznego badania.

II. Leczenie chirurgiczne pozwala w sposób pewny położyć kres ciężkim przypadłościom, które często nowotworom pęcherza towarzyszą, ale zawiesza je prawie zawsze tylko chwilowo, jeśli mamy do czynienia z nowotworem złośliwym.

III. Jeśli w przypadkach nowotworów złośliwych osiągnięta ulga jest tylko czasowa, to niemniej przeto otrzymany skutek, jakkolwiek przemijający, bardzo jest cenny, nad wyraz bowiem dokuczliwe cierpienia, którym podlegają chorzy powikłaniami nowotworów pęcherza dotknięci, operacja chwilowo usu- wa w zupełności.

IV. Wyleczenie może być doszczętnem ilekroć napotkamy nowotwór łą- godnej natury, a więc w przybliżeniu w połowie ogólnej liczby nowotworów pęcherza. (*Annales des maladies des organes génito urinaires, Novembre 1886 p. 651—670*).

PRZEGLĄD BIBLIOGRAFICZNY.

Recherches sur le Choléra par W. NICATI et M. RIETCH. Paris 1886 str. 169.

(Poszukiwania nad cholera).

Sprawozdawca Dr. **Feliks Arnstein** lekarz w Kutnie.

(Ciąg dalszy.—Zobacz Nr. 7).

ROZDZIAŁ VI.

Sposób działania lasecznika przecinkowego na ustrój.

Z danych przedstawionych w poprzednich rozdziałach wynika, że lasecz- nik przecinkowy jest zarazkiem cholery. Dowodami tego są:

1) Stała i wyłączna obecność jego w kiszki chorych cholerycznych w pierwszych dniach choroby (rozdz. I).

⁴⁾ Stosunek między ilością nowotworów pęcherza złośliwych i łagodnych rozmaicie jest podawany. Tak np. Thompson utrzymuje że naodwrot nowotwory łagodne zdarzają się nieco częściej niż złośliwe, stanowiąc 60% ogólnej liczby. Pousson zaś (*loco citato* str. 30) podaje że na 205 znanych mu z literatury, a dokładnie zbadanych nowotworów pęcherza, było łagodnych 138, a więc przeszło $\frac{2}{3}$ ogólnej liczby. (*Przyp. spr*)

⁵⁾ Szczegóły dotyczące wykonania samego rękoczynu podług prawideł przyjętych w kli- nice Guyona znajdzie czytelnik w „*Annales des maladies des organes génito-urinaires. Novembre 1885*,” w pracy Noël'a Hallé, zatytułowanej: „*La taille hypogastrique à l'hôpital Necker.*”

(*Przyp. spr.*)

2) Umieszczenie w kiskach, w gruczołach przyległych i przewodach żółciowych (rozdz. II).

3) Analogia między objawami cholery, a objawami spostrzeganymi po szczepieniu substancji cholerycznych lub czystych hodowli lasecznika przecinkowego (rozdz. III).

4) Podobieństwo fizyologicznego działania alkaloidu znalezionej w czystych hodowlach i w narządach chorych cholerycznych (rozdz. IV).

5) Zgodność jaka panuje między sposobem życia lasecznika, a wszystkim co było wiadomem o sposobie istnienia zarazka cholerycznego przed odkryciem lasecznika (rozdz. V).

Droga którą się lasecznik do ustroju dostaje jest niewątpliwie górna część kisek; żołądek bowiem tylko przy szczególnych warunkach (rozdz. V) jest zdolnym do przyjęcia zarazka; sok żołądkowy szybko zabija laseczniki przecinkowe.

Warunki sprzyjające zarażeniu się ustroju są zgodnie z doświadczeniami autorów następujące.

1. Głodzenie przed zetknięciem się zarazka z żołądkiem.

2. Stan płynny materii zawierającej zarazek, gdyż w stanie stałym pozostaje on dłużej w żołądku.

3. Brak w płynie zawierającym zarazek choleryczny elementów odżywczych zdolnych pobudzić wydzielinę soku żołądkowego.

4. Głodzenie po zetknięciu się zarazka z żołądkiem.

5. Ilość płynu zawierającego zarazek powinna być dosyć znaczną, by nie została w zupełności przez żołądek wessana.

6. Zboczenia przewlekłe lub przypadkowe w czynności żołądka.

Nakoniec możliwym jest, że usposobienie człowieka do cholery jest względem i że ludzie zupełnie zdrowi mogą bezkarnie znieść laseczniki przecinkowe w kiskach. Nie jest też wcale zadziwiającem, że badacze, którzy spożywali substancje zawierające laseczniki w stanie stałym (Bochefontaine) lub też hodowle w bulionie (Klein) nie zostali dotknięci cholera. Polem bezpośredniego działania zarazka cholerycznego są kiski i związane z nimi przewody żółciowe. I te ostatnie są tylko dotknięte w przypadkach powolnie przebiegających.

Ś m i e r ć s z y b k o n a s t ę p u j ą c a.

Dla objaśnienia zejścia śmiertelnego cholery przez zmiany wyłącznie w kiskach dotychczas panowały dwie teorie:

a) Teoria mechaniczna czyli hydrauliczna choroby gorąco broniona przez Paciniego, podług której przypadłości choleryczne są następstwem utraty płynu i zgęstnienia krwi. Teoria ta ogólnie dziś jest uważaną za niedostateczną, gdyż nie objaśnia śmierci w przypadkach cholery suchej prawie bez wypróżnień, gdzie zarazem i w kiskach nie jest nagromadzonym płyn w znacznej ilości.

b) Teoria którą można nazwać nerwoodruchową. Podług tej teorii podrażnienie żołądkowo kiskowe wywołuje na drodze odruchowej rozmaite zboczenia, a z tych najważniejsze zatrzymanie moczu, które sprowadza śmierć. Lecz przypuszczając nawet, że zatrzymanie moczu jest objawem odruchowym, nie jest ono w stanie jak to wykazały doświadczenia (wycięcie nerek u zwierząt) sprowadzić tak szybką śmierć jak to ma miejsce często u cholerycznych, a z drugiej strony w obecnym stanie naszych wiadomości fizyologicznych nie znamem jest zjawisko odruchowe powstałe z podrażnienia żołądko-kiskowego, któreby było w stanie sprowadzić śmierć.

Pozostaje nam jeszcze zastanowić się nad ostatnią teorią t. j. otruciem przez substancję jadowitą, powstałą w kiskach przy rozpadzie laseczników. Na korzyść tej teorii przemawia wykrycie alkaloidu (ptomainu) w zawartości kisek i narządach cholerycznych, który podług wszelkiego prawdopodobieństwa jest identycznym z alkaloidem znalezionej w czystych hodowlach. Zwierzęta otrute temi alkaloidami zdychały wśród objawów cholerycznych, (wymioty, wy-

próżnienia, drgawki, bezwład, znaczne niżenie ciepłoty ciała i t. p.) Miejscem tworzenia się jadu są kiszkki, w których też znalezionym został u cholerycznych przez Poucheta. Z kislek przechodzi do ogólnego obiegu krwi i może być wykrytym szczególnie w pierwszym moczu cholerycznych.

Trujące działanie krwi cholerycznych przy zastrzyknięciu do żył stwierdzonem zostało jeszcze przez Magendiego, a podobne działanie moczu w ostatnich czasach stwierdził doświadczalnie Bouchardat ¹⁾.

Doświadczenia w tym kierunku podjęte przez autorów z moczem chorych cholerycznych dały mniej więcej te same wyniki.

W jaki sposób działa jad na ustrój ludzki? Na składniki krwi nie wierza działania, rozstrzygnęły to ostatnie prace nad tym przedmiotem ²⁾.

Na mocy własnych poszukiwań (rozdz. IV) autorowie twierdzą, że jad działa na narząd nerwowy. Wymioty, drgawki, porażenia u psów użytych do doświadczeń są zjawiskami zależnemi od narządu nerwowego. Mając jednak na względzie, że czynności od mózgowia zależne są niezmienione przypuszczać należy, że dotkniętemi zostają tylko nerwy rządzące czynnościami narządu trawienia i naczynio-ruchowe.

Ś m i e r ć p ó ź n i e j n a s t ę p u j ą c a.

Trzy rodzaje spraw w ustroju ludzkim zachodzących mogą nam objaśnić śmierć późniejszą w choleryze: 1) zaburzenia organiczne, które już w przypadkach szybko się śmiercią kończących się objawiają, lecz tu w wyższym stopniu, a mianowicie zaburzenia w wątrobie i nerkach 2) różne gorączki gnilne (*septicémies*) 3) otrucie gnilne.

1. Zaburzenia w wątrobie i przewodach żółciowych. Przy oględzinach pośmiertnych cholerycznych w późniejszych okresach umierających autorowie znaleźli w wątrobie przy badaniu gołym okiem zabarwienie szaro-żółtawe (w przypadkach szybko się śmiercią kończących fioletowe) z plamami jaśniejszemi, w niektórych przypadkach odcień żółtaczkowy; mniejsze przewody żółciowe rozszerzone zawierają złogi koloru pomarańczowego. Przy badaniu histologicznem autorowie znaleźli zmiany przyrody zanikowej.

Oprócz tego należy jeszcze zanotować:

- a) wniknięcie laseczników do przewodów żółciowych;
- b) odbarwienie żółci (żółć wodnista, bezbarwna w przeciwstawieniu do żółci kleistej czarnej pierwszych dni);
- c) współczesność odbarwienia żółci z bardzo wybitnemi zmianami w nerkach;
- d) współczesność tychże zmian z objawami tyfoidalnemi podczas życia.

Zmiany w nerkach były już oddawna przedmiotem licznych poszukiwań dokonanych przez Reinharda, Frerichsa, Virchowa, Kelscha, Charcota, Cornila a świeże przez Straussa, Roux, Klebsa, Relscha i Vaillarda; do prac tych autorowie odsyłają czytelnika chcącego się zapoznać z histologicznymi zmianami w nerkach. Autorowie bliżej się tylko zastanawiają nad związkiem między stanem nerek, a trwaniem choroby.

Zmiany histologiczne w nerkach występują dopiero po 3 dniach; po tym czasie znaleźć je można powiększonymi, szczególnie substancja korowa jest rozrosła i biała. Nerka wielka w przypadkach, które się śmiercią skończyły w późniejszych okresach choroby różni się od małej różowej cyanotycznej nerki przypadków, które się szybko śmiercią zakończyły. Histologowie widzą w zmianach w nerkach objaw obumarcia istotnych składników tychże, co objaśniają niedostatecznym przyływem krwi do nerek podczas okresu martwiczego i powstrzymaniem odżywiania.

Lecz zmiany w nerkach mogą też być objaśnione przez wpływ jadu we

¹⁾ Association Française. Congrès de Grenoble 1885.

²⁾ Hayem et Winter. Gaz. hebdom. 20 i 27 Lutego 1885.

krwi zawartego na komórki nerkowe. Objaśnienie to jest prawdopodobniejszem, gdyż zgodnie z poglądami Cohnheima i Straussa autorowie twierdzą, że wpływ krwi do nerek nie jest dostatecznym dla jej czynności wydzielniczej, lecz jest dostatecznym dla podtrzymania życia jej istotnych składników.

Mocz cholerycznych zawiera białko; krew cholerycznych bogatą jest w mocznik. Obecność mocznika we krwi i przeważne zmiany w nerkach odgrywają pewnie ważną rolę w przypadłościach późniejszych choroby, na co szczególnie zwrócił uwagę Griesinger.

2. Różne gorączki gnilne. W narządach cholerycznych wykryć można liczne i różnorodne drobnoustroje (rozdz. II). One to są źródłem wielu spraw zapalnych i ropnych w przebiegu cholery spostrzeganych i mogących spowodować śmierć w późniejszych okresach choroby. Tu należą ropnie w różnych miejscach, bardzo rzadkie przypadki ropnego zapalenia opon mózgowych, zapalenie płucnej, zapalenie gruczołu przyuszego, krtani, dosyć często zapalenie płuc (autorowie spostrzegali 2 razy).

3. Otrucie gnilne. KOCH pierwszy wykazał, a następnie autorowie stwierdzili, że w kiskach chorych cholerycznych umarłych w okresie odczynowym ma miejsce ogromny rozwój różnego rodzaju drobnoustrojów. Możliwym jest, że po zniknięciu lasecznika przecinkowego z kiszek same produkty fermentacji gnilnej powstałe w kiskach zostają przez ściany kiszek wessane i odgrywają pewną rolę w patogenezie przypadłości późniejszych choroby.

Reassumując wszystko co się tycze wiadomości naszych o mechanizmie cholery twierdzić wolno: *Lasecznik przecinkowy wnika do ustroju przez jamę ustną i rozwija się w kiskach; następnie i wyjątkowo rozwija się też w przewodach żółciowych.*

Wytwarza on w kiskach ciało trujące które zostaje wessane i sprowadza śmierć (cholera simplex, cholera typhoidea). Zmiany w kiskach mogą przy pewnych warunkach sprzyjać rozwojowi różnego rodzaju drobnoustrojów, które ze swej strony we właściwy sobie sposób mogą stać się źródłem wielu przypadłości chorobowych (ropnie i ropne zapalenia). Fermentacja gnilna w kiskach w okresie odczynowym cholery się odbywająca może grać pewną rolę jeszcze niedowiedzioną w symptomatologii tego okresu choroby. (d. n.)

Wiadomości bieżące krajowe.

Krajowe. W Warszawie wychodzić będzie czasopismo lekarskie w języku rosyjskim, wydawane przez ordynatorów szpitala Ujazdowskiego.

— Zdaje się iż z wiosną roku bieżącego rozpocznie się budowa drogi bitej od Pruszkowa do Tworek, gdzie projektowane jest wystawienie domu dla obłąkanych. Droga ta jest niezbędną dla zwożenia materiałów pod przyszłą budowę. Jest zatem nadzieja że ten zakład tak bardzo potrzebny i od tak dawna oczekiwany przyjdzie nareszcie do skutku.

Zmarli. Ś. p. Antoni ANTECKI zmarły d. 13 Lutego r. b. pochodził z Krakowa gdzie się urodził w r. 1840. Skończywszy fakultet lekarski Wszechnicy Jagiellońskiej przybył w r. 1867 do Warszawy, gdzie w krótkim przeciągu czasu zjednał sobie szacunek i uznanie publiczności i kolegów. Nieboszczyk odznaczał się niepospolitemi zaletami umysłu i serca, miał temperament w wysokim stopniu łagodny, przejęty był poczuciem obywatelskości, czego dowodzą spełnianie przez siebie służby lekarskiej w Towarzystwie dobroczynności przez cały szereg lat, oraz prawie 20-letnie pełnienie obowiązków ordynatora szpitala Dzieciątka Jezus bezpłatnie. Liczny orszak pogrzebowy, jaki odprowadził nieboszczyka na miejsce wiecznego spoczynku, najwymowniej świadczył jakim ogólnym szacunkiem był on za życia otoczony. Za trumną postępowała wdowa z pięciorgiem drobnych dzieci, którym ś. p. Antoni nie oprócz dobrego imienia nie zostawił. Ojcem rodziny był dobrym, kolegą wzorowym, lekarzem biegłym. Cześć pamięci Jego!

REDAKTOR I WYDAWCA, DR. G. FRITSCHKE Adres Redakcyi: Al. Jerozolimska N 80 nowy.

Дозволено Цензурою. Варшана, 5 Февраля 1887 г.—Члѣнками Мѣлаха Зѣмлевѣца
Крак.-Прѣдм. Nr. 17. Цена номера pojedynczego kop. 15 (złp. 1).