

MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. Prace oryginalne. O wycięciu nerki. Zestawienie 15 operowanych przypadków. Podał prof. D-r Julian Kosiński. — Przyczynek do etiologii błoniastego zarosnięcia gardzieli. Przez D-ra S. Meyersona. — **Wykłady kliniczne.** O zapaleniu i zwyrodnieniu wątroby. Streścił D-r Bolesław Wolberg (Włocławek). (Dokończenie). — **Streszczenia i wyciągi.** 153. Rany klute naczyń podobojczykowych. 154. Prognozytyczne znaczenie acetonuryi w moczowce cukrowej. — 155. Skombinowane leczenie błonicy papayotyńą i kwasem karbolowym. — **Drobniejsze wiadomości różnej treści.** — **Wiadomości bieżące.** — **Zmarli.** — **Ogłoszenia.**

O WYCIĘCIU NERKI.

ZESTAWIENIE 15 OPEROWANYCH PRZYPADKÓW.

Podał **prof. D-r Julian Kosiński.**

Wycięcie nerki należy do operacyi nowszej daty. Jakkolwiek operacya sama przez się daje rezultaty względnie dobre, techniczna jednak jej strona przedstawia niekiedy nader wielkie trudności. Tłumaczy to poniekąd tę okoliczność, że wycięcie nerki, jak dotąd, nie jest operacją częstą. Naturalnie, jest to tylko jedna z przyczyn i powiedziałbym z przyczyn drugorzędnych. Ważniejsze są powody, wpływające na rzadkość operacyi, i te są poważniejszej natury. Chirurg, znalazłszy się wobec chorego, któremu ewentualnie ma być wycięta nerka, ma wiele do rozważania, zanim stanowczo na operacyę się zdecyduje. Organ, tak ważny pod względem fizyologicznym, wymaga jak największej oględności i rozwagi pod względem dyagnozy i wskazań; a tymczasem dzięki głębokiemu położeniu nerki i trudności, a często zupełnej niemożności stosowania wzroku i palców, dwóch najważniejszych narządów dyagnostycznych w chirurgii, wskazanie trzeba czynić z kompleksu objawów, nie zawsze pewnych i nie zawsze rozstrzygających bezwarunkowo wątpliwość. Rzadki tylko bywa przypadek, który niemógłby posłużyć za przykład podobnego twierdzenia. Weźmy jeden z najbardziej jaskrawych: chory poniósł obrażenie traumatyczne nerki przez spadnięcie z wysokości, przez przejechanie i t. p.; oprócz objawów potłuczenia zaczyna oddawać mocz ze krwią. Badanie pokazuje, że ani cewka, ani pęcherz, ani moczowód nie są źródłem krwawienia. Dyagnoza jest pewną, że krew pochodzi z obrażonej nerki, ta jest stanowczo nadpękniętą lub rozdartą; rodzi się zatem pytanie, czy nerki nie wypadnie usunąć, a jeżeli wypadnie, to kiedy? czy zaraz, czy też trzeba wyczekiwać z operacją, a wyczekiwanie czy nie spowodzi powikłań, które na zejście operacyi ujemnie się odbiją. Oczywiście, że wobec podobnego przypadku potrzeba niezmierniej ostrożności i trafnego poglądu, jak również wielkiej praktyczności indywidualnej chirurga. Jeden lekarz znajdzie przypadek dany stanowczo kwalifikujący się do operacyi, drugi będzie odmiennego poglądu, opierając się na tem, że przecież i pęknięta nerka może się zrosnąć i zejście takie nie należy do rzadkich zjawisk. Czy jeden, czy drugi chirurg był w błędzie, nie o to tu chodzi, lecz przykład powyższy pokazuje, jak jest trudną nieraz dyagnoza i tło-

maczy poniekąd, dlaczego wycięcie nerki jest operacją znów rzadszą, niżby być powinno i być mogło. Takie same przykłady mamy z rozmaitemi innymi zmianami patologicznymi w nerce, takimi jak: gruzlica, ropienie, nowotwory i kamienie w nerkach. Trudność subtelnego rozpoznania stanu nerki i stopnia jej zniszczenia lub przeistoczenia, jak również niepewność, czy nie istnieją już zmiany w drugiej nerce, które z usunięciem chorej nie pozwolą na przedłużenie życia choremu, wreszcie, uwzględnienie ogólnego stanu chorego i sił organizmu, wpływają w wielkim i przeważnym stopniu na niepewne zejście operacji, a stąd i na jej względną rzadkość, wobec czego, trudność techniczna stanowi tylko drugorzędną przyczynę.

Od 1884 r. do obecnej chwili zrobiłem sam 14 nefrektomii. Prócz tych czternastu jedną operację wykonał ordynator kliniki kol. BUKOWSKI. Tablicę tych 15 operacji, w chronologicznym porządku spisanych, niżej podaję.

N.	Nazwisko	Lata.	Stan nerki i trwanie choroby.	Operacja.	Data operacji.	Zejsście.	U W A G I.
1	P. Ronthaler Florentyna, żona urzędnika.	32	<i>Calculi renis dextri. Degeneratio fibrolipomatosa.</i> Guz średniej wielkości. Objawy od 5 lat.	<i>Exstirpatio renis. Incisio obliqua lumbodorsalis.</i>	13 Marca 1884	Wyzdrowienie.	Nerka ważyła 350 gr., długość w średnicy 16 ctm. 9 kamieni rozmaitej wielkości w kielichach.
2	P. Stefanowicz Jan, sędzia.	30	<i>Calculi renis dextri.</i> Żadnego guza. Objawy od dziecka; cierpienia w ostatnich latach nie do wytrzymania.	<i>Exstirpatio renis, sectio lumbalis linearis.</i>	19 Grudnia 1885.	Wyzdrowienie.	Nerka nie powiększona i nie zmieniona. 2 kamienie brodawkowate: jeden w miedniczce, drugi w kielichu.
3	Pani H. żona urzędnika kol. żel.		<i>Tuberculosis renis dextri, tumor</i> wyczuwalny. Od kilku lat <i>pyuria</i> , bóle ciężkie, częsta gorączka.	<i>Exstirpatio renis, sectio lumbalis linearis.</i>	29 Maja 1889	Wyzdrowienie.	Nerka bardzo zmieniona długości 14 ctm., o wrzodzenia z szarem dnem na miedniczce w postaci mapy geograf. Moczowód bardzo zgrubiał.
4	Pani God.	45	<i>Calculi renis sinistri.</i>	<i>Exstirpatio renis sinistri. Sectio lumbalis linearis.</i>	9 Lutego 1890.	Wyzdrowienie.	Nerka prawie nie powiększona, krucha; 3 kamienie w miedniczkach.
5	Koskałany.	42	<i>Pyonephrosis. Tumor. Septicaemia.</i>	<i>Nephrectomia transperitonealis.</i>	7 Sierpnia 1890	Śmierć na 2 dzień po operacji.	Nerka kształtu podkowy. Operację wykonał ordynator kliniki BUKOWSKI.
6	Lange, murarz.	26	<i>Ruptura renis dextri transversa multiplex, haematuria</i> 7 tygodni, <i>tumor</i> znaczny, <i>anemia ostra.</i>	<i>Nephrectomia, sectio lumbalis et transversa, resectio costae XII.</i>	9 Paźdź. 1890.	Wyzdrowienie.	Nerka rozdarta poprzecznie i rozdzielona wielkim skrzepem krwi, nadto 2 odcinki mniejsze.
7	P. Łat.	28	<i>Hydronephrosis renis dextri.</i> Cysta wielkości dużej głowy. <i>Pyuria recurrens</i> od paru lat.	<i>Nephrectomia, sectio lumbalis linearis.</i>	5 Stycznia. 1889.	Wyzdrowienie.	Guz duży, jeden segment jego stanowiła zanikła reszta nerki. Zawartość surowicza, na ścianach ropna. Cięża w 4 miesiącu i <i>tumor</i> jajnika wielkości pomarańczy.

N.	Nazwisko.	Lata.	Stan nerki i trwanie choroby.	Operacya.	Data opera- cyi.	Zejsście.	U W A G I.
8	P. Jasiński, urzędnik.	62	<i>Carcinoma renis dex- tri, guz niewielki. Haematuria długo- trwała. Anaemia et cachexia.</i>	<i>Nephrectomia, sectio lumbalis linearia.</i>	4 Lipca 1891.	Wyzdro- wienie.	Nerka w całym mię- szu rakowata. Wyjęta z kapsułą ma w średni- cy 15 ctm.
9	Jurewicz.	32	<i>Tuberculosis renis.</i>	<i>Nephrectomia, sectio lumbalis.</i>	11 Paźdz. 1891.	Śmierć po tygodniu.	
10	Karpowiczowa.	48	<i>Carcinoma renis si- nistri, tumor bardzo wielki. Haematuria od kilku lat.</i>	<i>Nephrectomia trans- peritonealis, contr- apertura lumbalis.</i>	28 Paźdz. 1891	Wyzdro- wienie.	Nerka cała rakowata, tumor 20 ctm. średnicy, prawie kulisty, w roz- padzie.
11	Brzezińska.	27	<i>Pyonephrosis, tumor średniej wielkości. Cystoma.</i>	<i>Nephrectomia lumba- lis, lumbo-abdomina- lis.</i>	23 Czerw. 1891.	Wyzdro- wienie.	<i>Adenocystoma renis.</i>
12	Pani B.	26	<i>Tuberculosis renis dextri (Susp. cal- culi).</i>	<i>Nephrectomia, liga- tura elastica.</i>	19 Kwiet. 1892	Śmierć 26 Kwietnia.	W Baraku czerwonego krzyża.
13	Rily Marya. Nauczycielka (angielka).	50	<i>Calculus renis sini- stri. Nephropylitis purulenta. Przed 8 laty exstirpatio uteri fibromatosi per la- parotomiam.</i>	<i>Nephrectomia, sectio obliqua (lumbo-abdo- minalis).</i>	2 Marca 1893.	Wyzdro- wienie.	Nerka przeistoczona torbielowato, 2 kamie- nie (<i>Calculi et cysto - fi- bro-lipoma</i>).
14	Panna Mat. Emilia.	45	<i>Hydronephrosis dex- tra. Tumor wielki. Zrosty z otaczające- mi kiszkami i krez- ką bardzo liczne i stare. Guz symulują- cy torbiel jajnika.</i>	<i>Nephrectomia trans- peritonealis in linea alba.</i>	3 Maja 1893.	Śmierć po 5 dniach (<i>peritonitis septica</i>).	Torbiel wielkości gło- wy. Zrosty liczne i sta- re, oddzielenie bardzo trudne.
15	Czaplińska Chaja.	17	<i>Sarcoma renis dextri, tumor wielkości głowy 5 letniego dziecka. Cachexia. Pyuria.</i>	<i>Nephrectomia trans- peritonealis in linea alba c. sectione transv., ligatura parietalis venae cavae.</i>	7 Maja 1893.	Śmierć w 48 godz. po opera- cyi (<i>Anae- mia, shock</i>).	<i>Cystosarcoma miękka, detritus, haemorrhagiae in parenchyma multi- plices.</i>

Z powyższej tablicy widzimy, że z 15 chorych, którym nerka została wy-
cięta, było 4 mężczyzn i 11 kobiet.

Najmłodszy wiek był 17 lat (N-r 15 tabl.), najstarszy 62 (N-r 8 tabl.).
W pierwszym przypadku wskazaniem do operacyi był mięsak, a w drugim
rak.

Co do rodzaju chorób nerki mieliśmy: w czterech przypadkach kamienie
nerkowe (N-r tabl. 1, 2, 4, 13), w trzech gruźlicę (N-r tabl. 3, 9 i 12), w trzech
nowotwory złośliwe (N-r tabl. 8, 10 i 15), w dwóch rak i w jednym mięsak,
w dwóch *pyonephrosis* (N-r tabl. 5 i 11), w dwóch *hydronephrosis* (N-r tablicy
7 i 14) i w jednym urazowe podskórne rozdarcie nerki (N-r 6).

Metoda operacyjna wobec różnorodności chorób nie mogła być zawsze je-
dnostajna. Cięcie lędźwiowe przeważało nad innemi; było ono wykonane 8
razy; ukośne czyli lędźwio-brzuszne (*lumbo-abdominalis*) 3 razy, dla ułatwienia

odpływu produktów patologicznych¹⁾. Wreszcie cięcie transperytonealne przez przednią ścianę brzucha było stosowane 4 razy. Samo się przez się rozumie, że do powyższych typowych cięć wypadło nieraz dodawać inne, idące pod kątem od cięcia głównego, celem powiększenia przystępu do nerki. Do cięcia lędźwiowego trzeba było nieraz, oprócz dodatkowego cięcia poprzecznego, jeszcze dodać wycięcie dwunastego żebra, a nawet dwóch ostatnich żeber. Do cięcia transperytonealnego dodawałem cięcie na lędźwiach.

Zejsście operacyi w dziesięciu przypadkach miałem pomyślne, zakończone wyzdrowieniem, w pięciu śmiertelne. Z tych ostatnich w jednym przypadku śmierć nastąpiła skutkiem *shock'u* (Tabl. N-r 15) u chorej mającej ogromny guz sarkomatyczny; w dwóch od zapalenia septycznego otrzewnej (Tabl. N-r 5 i 14) u chorych z pyonefrozą i hydronefrozą, i w dwóch skutkiem wycięcia istniejącego przed operacją (Tabl. N-r 9 i 12) u chorych dotkniętych gruźlicą nerki.

Nie może się to nikomu wydać dziwnem, że z czternastu zrobionych przezemnie nefrektomii tylko w dwóch stosowałem cięcie skórne, zalecane przezemnie po pierwszej mojej operacyi jeszcze 9 lat temu. Był to przypadek dużej nerki, nieco ku przodowi i ku dołowi usuniętej, dla wyjęcia której cięcie takie było najstosowniejsze. W tym roku spotkałem się z drugim podobnym przypadkiem i tę samą metodę zastosowałem z najlepszym skutkiem i wynikiem operacyi. Nie będąc nigdy, wobec konieczności operacyi, bezwzględnym zwolennikiem tej lub innej metody, we wszystkich innych przypadkach, oprócz wspomnianych dwóch, uciekałem się do takiej metody, jaką za najstosowniejszą i za najmniej niebezpieczną uważałem. Jak dotąd, jestem tego zdania, że gdzie tylko można wykonać, najmniej niebezpieczną jest metoda z cięciem lędźwiowym, pierwotnie przez SIMON'a zalecana; przy tej metodzie najmniej się obraża otrzewną, ale nie może ona zawsze dać tego wygodnego przystępu do nerki, jaki jest potrzebny, jeżeli ta jest zbyt wielka, guz ruchomy i wypuklony ku jamie brzusznej, jak również u osób, mających dużo tłuszczu i grubą warstwę mięśni, czyniących przystęp do nerki głębokim i nader trudnym. THORNTON, który wiele ma własnego doświadczenia na polu nefrektomii i który był dawniej zupełnym zwolennikiem cięcia lędźwiowego, dziś zaniedbał prawie tę metodę, oddając pierwszeństwo metodzie transperytonealnej. Co do mnie, nie mogę podzielać tego zdania i sądzę, że operacja ekstraperytonealna, jeżeli tylko wykonanie jej jest możliwe bez wielkich trudności, jest mniej niebezpieczna i zasługuje na pierwszeństwo. Przy cięciu ukośnem unika się również, zachowując pewną ostrożność, otworzenia jamy otrzewnej, lecz cięcie to przy normalnem położeniu nerki i niepowiększonej objętości tego organu mniej jest stosowne, niż zwyczajne cięcie lędźwiowe.

Przypadki 1, 2 i 6 były już ogłoszone drukiem w niniejszem piśmie (Wycięcie nerki Med. N-r 39, 1884 r. i N-r 45, 47 i 48, 1886 r. oraz N-r 42 i 43, 1891). Z pozostałych 12 przypadków, wyliczonych w tablicy, tylko ważniejsze i radsze przypadki opiszę szczegółowiej, tych zaś, które należą do bardziej zwykłych i częściej powtarzających się, nie będę opisywać szczegółowo, poprzestaną tylko na zanotowaniu miejsc, zasługujących bardziej na uwagę czytelnika.

Przypadki pod N-rem 7 i 12 należą do tych, które przedewszystkiem uważam za stosowne nieco szczegółowiej opisać. Są to rzadkości kazuistyczne.

(D. c. n.).

¹⁾ Cięcie to zrobiłem w przypadku pierwszej mojej nefrektomii w roku 1884 i zaleciłem tę metodę na międzynarodowym kongresie lekarskim w Londynie, tegoż samego roku, uważając ją za najodpowiedniejszą w przypadkach znaczniejszych guzów nerki, opuszczających się ku dołowi i ku przodowi.

PRZYZYNEK DO ETIOLOGII BŁONIASTEGO ZAROSNIĘCIA GARDZIELI.

Czytane w sekcji laryngolog. na zjeździe przyrodników i lekarzy w Norymberdze w r. b.

Przez **D-ra S. Meyersona.**

Z pomiędzy rozmaitych następstw, jakie prowadzą za sobą sprawy przymiotowe w ustroju ludzkim, zasługuje na uwagę nadmierna dążność do bujania tkanek i wytwarzania się blizn i zrostów, jaka sprawom tym towarzyszyć zwykła. Ulubionem siedliskiem spraw tych jest szczególnie górny odcinek dróg oddechowych, jako to: nos, jama noso-gardzielowa, gardziel i krtań.

Najczęściej spotykamy zrosty przylegających do siebie powierzchni błon śluzowych, lub pasma ścięgna łączące je, w razie, gdy odległość powierzchni tych nie pozwala na zupełne ich zetknięcie się. Wytworzenie się jednak błoniastych przepon w gardzieli należy już do rzadszych daleko zmian, napotykanym przy sprawie przymiotowej, i dlatego niechaj mi wolno będzie podać opis nader ciekawego przypadku, jaki niedawno spostrzegać miałem sposobność.

16 letni A., z Białegostoku, zgłosił się do mnie w dniu 18 Lipca r. b. w towarzystwie matki swej, skarżąc się na duszność w gardle, trwającą już od lat wielu. Z wywiadów od chorego i matki jego dowiedziałem się, co następuje: pacjent w 3 roku życia zachorował jakoby na „dyfteryt“ gardła, przyczem wytworzyły się owrzodzenia w gardle i jamie ustnej. Po wyzdrowieniu z choroby tej, która trwała kilka tygodni, ochrypl i ciężko oddychał. W dziesiątym roku życia dostał jakiejś wysypki na głowie i brodzie, z której wytworzyły się owrzodzenia, a po wyleczeniu ich pozostały blizny, dotąd widoczne. Leczone go wówczas rtęcią i jodkiem potasu. Od tego czasu chory ciągle pozostawał w kuracji i leczony był środkami przeciwprymiotowymi.

Od półtora roku duszność stale wzmagać się zaczęła, a od 2 miesięcy doszła do stanu obecnego. Od kilku lat chory zaczął doznawać utrudnienia w przyjmowaniu pokarmów, musiał jadać potrawy miękkie lub moczone, i to w drobnych kawałkach, a w ostatnich czasach prawie zupełnie zaniechał przyjmowania stałych pokarmów, z wyjątkiem bardzo drobno posiekanych, które z wielkim wysiłkiem i powoli przełykał, przyczem nieraz o mało co się nie udławił, tak iż matka ratowała go, wprowadzając mu palec do gardła.

Przy wypytывaniu się o innych członków rodziny, dowiedziałem się szczegółów następujących: ojciec ma lat 39, matka 34, dzieci było siedmioro, wszystkie donoszone; matka ani razu nie ronila, wszystkie dzieci sama karmiła, jest zdrowa, ma wygląd zdrowy, na przymiot nigdy nie chorowała. Ojciec chorował na przymiot przed 12 laty, t. j. wkrótce po przebyciu przez chorego pierwszego cierpienia gardła, następnie córka, o 2½ lat starsza od pacyenta, chorowała również na przymiot i leczona była środkami specyficznymi, a jako ślad przebytej choroby, pozostała utrata języczka. Inne dzieci, młodsze od naszego pacyenta, w liczbie 5, cierpiały na wysypki skórne swędzące, jedno zaś, chłopiec o 5 lat młodszy, ma powiększone gruczoły.

Przy badaniu chorego znalazłem chłopca wyglądającego na lat najwyżej 14, bladego i źle odżywianego, ciężko oddychającego, przy czem słychać w gardle świst zarówno wdechowy jak i wydechowy (*stridor*).

Badanie jamy ustnej i gardzielowej okazuje, co następuje: podniebienie miękkie przyrosłe do tylnej ściany gardzieli na całej przestrzeni, tylko w sa-

mym środku, gdzie widać małą wypukłość, przedstawiającą pozostałą resztę języczka, daje się przeprowadzić cienki zgłębnik, zagięty do góry, między podniebienie miękkie a tylną ścianę gardzieli i przedostaje się do jamy nosogardzielowej. Wdech nosem bardzo słaby, jest możliwy, wydech zaś zupełnie niemożliwy.

Od linii zrostu podniebienia miękkiego z tylną ścianą gardzieli ku dołowi, poczyną się zwyrodnienie bliznowate błony śluzowej tejże ściany, a na 1 centymetr poniżej tej linii daje się zauważyć błona bliznowata, idąca w postaci namiotu w kierunku poziomym ku nasadzie języka i zrastająca się zarówno z nią, jak i z obu bocznymi ścianami gardzieli. W ten sposób tworzy się rodzaj przepony, rozpalwającej jamę gardzielową na dwie części, górną i dolną, z których ostatnia wraz z wejściem do krtani jest zupełnie zakryta i, przy badaniu laryngoskopem, dla oka niedostępna. W przeponie tej znajduje się szpara, idąca pośrodku w kierunku przednio-tylnym, długości $\frac{1}{2}$ ctm, a szerokości 2 milimetry mająca, brzegi jej przedstawiają się w postaci białych gładkich pasemek ścięgnistych, co do grubości i wyglądu bardzo podobnych do prawdziwych strun głosowych.

Okazuje się tedy, iż szpara ta stanowi jedyną komunikację, łączącą górny odcinek przewodu oddechowo-pokarmowego z krtanią, *resp.* przełykiem, tą zatem jedynie drogą zarówno powietrze jak i pokarmy muszą przechodzić, by dostać się do celu i trudno sobie wyobrazić, jak chory mógł jeszcze względnie odżywiać się w podobnych warunkach. Wszelkie najtroskliwsze poszukiwania innego jakiegoś otworu w błonie tej, zarówno okiem jak i zgłębnikiem, dały wynik ujemny; okazało się, iż innej drogi łącznej, prócz powyższej szpary, nie było. Pokazuje to, jak wysoką jest zdolność akomodacyjna organizmu do jaknajgorszych warunków.

Głos chorego jest gruby, jakby wychodzący z beczki, z odcieniem nosowym.

Badanie jam nosowych jako też i narządów wewnętrznych chorego nie wykryło żadnych zmian godnych uwagi.

Miałem zatem do czynienia z blizną błoniastą w dolnym odcinku gardzieli, która domagała się usunięcia na drodze chirurgicznej. Nasuwało się tylko pytanie, czy wobec wąskości szpary nie należałoby przedtem wykonać tracheotomii, z obawy, by przy wykonywaniu rękoczynu nie nastąpiło zaduszenie, bądź to skutkiem krwawienia, bądź też obrzmienia w razie nieudania się pierwszej próby; przekonawszy się jednak, po znieczuleniu błony kokainą, za pomocą zagiętego zgłębnika, że błona nie jest bardzo gruba i jest dosyć podatna, postanowiłem odrazu przystąpić do operacji i, wprowadziwszy nożyk główkowaty do szpary, poprowadziłem cięcie w linii środkowej w kierunku ku przodowi i tyłowi w celu przedłużenia szpary, następnie, skierowawszy ostrze noża ku stronie prawej, przeciąłem całą błonę w poprzek aż do ściany bocznej gardzieli. Krwawienie było niewielkie, chory od razu poczuł znakomitą ulgę w oddychaniu, *stridor* ustąpił, a badając laryngoskopem, znalazłem teraz zamiast szpary podłużnej otwór trójkątny, którego bok lewy, gładki i równy, stanowił dawniejszy lewy brzeg szpary, dwa zaś boki, schodzące się w prawym kącie, tworzyły nierówne powierzchnie przeciętej błony, które skutkiem naprężenia, w jakim się przedtem znajdowały, skurczyły się i rozeszły. Trójkąt ten prawie równoramienny, którego każdy bok miał teraz około $1\frac{1}{2}$ centymetra długości, przedstawiał otwór zupełnie dostateczny dla swobodnego oddechu, i na tem też zakończyłem na pierwszy raz rękoczyn, pozostawiając dalszy ciąg następnym posiedzeniom.

Nazajutrz stan otworu przedstawiał się zupełnie tak samo, chory swobodnie oddychał i mógł już przyjmować stałe pokarmy, jak bułkę i mięso, był też ze stanu swego bardzo zadowolony. Przez otwór widać teraz w lusterku krtaniowem prawą połowę nagłośni, do wnętrza jednak krtani zajrzeć jeszcze nie można.

We dwa dni później dokonałem takiegoż samego przecięcia błony z lewej strony i otrzymałem teraz otwór okrągławy, w średnicy prawie 2 ctm. mający, przez który można już było widzieć całą nagłośnię i niezmienną krtani. Przekonałem się jednak, że pod błoną gardziel nie przedstawiała wcale normalnego światła i wyglądu. Owszem, pod otworem ciągnął się teraz kanał cylindryczny, około 2 ctm. średnicy mający, a utworzony przez tkankę bliznowatą, powstałą ze zlania się ścian bocznych z przednią i tylną. Kanał ten, mało podatny, ciągnie się ku dołowi, na przestrzeni 3 ctm. aż do wejścia do krtani, *resp.* przełyku. Kanał ten usiłowałem rozszerzyć, przez wykonanie kilku nacięć podłużnych, zarówno z prawej jak i lewej strony, co też się częściowo udało, tak, iż wprowadzony palec wskazujący mógł się w nim swobodnie poruszać; na tem jednak poprzestać musiałem, uważając wszelkie próby doprowadzenia gardzieli do normalnego światła za nie rokujące nadziei, a to z powodu, iż tkanka niepodatna, bliznowata zawsze ma skłonność do kurczenia się i ponownego zwężania. Kanał ten zresztą zarówno do przyjmowania pokarmów, jak i oddychania okazał się aż nadto wystarczającym.

Pozostawało jeszcze do usunięcia zlepane zrośnięcie się podniebienia miękkiego z tylną ścianą gardzieli. Z początku próbowałem wprowadzania świeczek przez cienki otwór, znajdujący się w pośrodku zrostu i użyłem w tym celu świeczek kauczukowych, stosowanych przy leczeniu zwężeń cewki moczowej, po odpowiednim ich zagięciu, i wprowadzałem je zarówno przez nos, jak i od strony jamy ustnej; widząc jednak mały skutek tych rękoczynów, postanowiłem dokonać odczepienia za pomocą noża.

W tym celu obmyśliłem nożyk (wykonany przez J. Jodłowskiego), składający się z trzonka prostego długości 15 ctm., dającego się umocować w ręczce od lusterek laryngoskopowych, na końcu trzonka tego znajduje się nożyk płaski obosieczny, długości $1\frac{1}{2}$ ctm., a szerokości $\frac{1}{2}$ ctm., odgięty od trzonu pod kątem prostym, o dwóch brzegach tnących, skierowanych na prawo i lewo, o wierzchołku zaokrąglonym również wyostrzonym. Nożyk ten, wprowadzony do jamy gardzielowej, przylega gładką powierzchnią zagiętego odcinka do tylnej ściany gardzieli, a wprowadzony do otworka, znajdującego się w zroście, za pomocą ruchów bocznych, odcina na całej przestrzeni przyrosty, uwalniając w ten sposób podniebienie od tylnej ściany gardzieli. W ten sposób udało mi się oddzielić podniebienie, i chory mógł zacząć oddychać nosem i wycierać nos, czego dotąd uczynić nie był w stanie.

Po czterotygodniowej kuracji chory, zupełnie zadowolony ze stanu swego, wyjechał, obiecując pokazać się za kilka miesięcy, dla przekonania się, czy względne wyleczenie to będzie trwałe i czy nie będzie skłonności do nawrotów.

W przypadku tym mamy do czynienia z przymiotem dziedzicznym, który ujawnił się u dwojga najstarszych dzieci. Później urodzone, prawdopodobnie z powodu przebycia przez ojca odpowiedniego leczenia, nie przedstawiają już oznak syfilisu, jakkolwiek niektóre objawy wskazują na obecność u nich zmian skrofulicznych. Matka, jak to bywa przy przymiocie trzeciorzędnym, ocalała.

Zwężenia syfilityczne w dolnym odcinku gardzieli przedstawiają się najczęściej w postaci cylindrycznej, rzadziej daleko w postaci przepony przedzielającej gardziel. Przypadki zwężenia cylindrycznego opisali pomiędzy innymi: LIPP¹⁾, B. FRAENKEL²⁾, COLCOTT FOX³⁾, WELANDER⁴⁾. Przypadki błoniastych zrostów: HOFFMANN⁵⁾, PAUL⁶⁾, LUBLIŃSKI⁷⁾, PAULY⁸⁾, MICHOLS⁹⁾. Niekiedy bywa połączenie obu postaci; często zrosty te są powikłane przyrośnięciem podniebienia miękkiego do tylnej ściany gardzieli, powikłanie to miało miejsce w przypadku LUBLIŃSKIEGO, HOFFMAN'a, WELANDER'a, MICHOLS'a i moim. W przypadku, opisanym przez PAUL'a, znajdował się zrost bliznowaty między podniebieniem twardym a podstawą języka, a otwór niewielki znajdował się po prawej stronie linii środkowej, prowadząc do kanału krętego.

Wytworzenie się zrostów błoniastych należy sobie tłumaczyć w ten sposób, iż na przyległych i przeciwległych powierzchniach błony śluzowej, na jednakowym poziomie tworzą się owrzodzenia, z których wyrasta obfita bująca ziarnina, zamieniająca się w tkankę łączną; tkanka ta łączy powierzchnie te w postaci obrączki i w końcu przez ciągłe zwężanie się, skutkiem kurczliwości, prowadzi do wytworzenia się błony.

Naturalnie, iż powikłanie przyrośnięciem podniebienia miękkiego niezmiernie pogarsza stan cierpiących, gdyż prócz utrudnionego oddechu i przyjmowania pokarmów, zmusza ich do wyłącznego oddychania ustami, ze wszystkimi następstwami tego stanu, jako to: zasychanie w jamie ustnej, utrudniony i przerywany sen, częste podrażnienie dróg oddechowych skutkiem dostawania się do nich zimnego powietrza i pyłu, wreszcie złe odżywianie z powodu niedostatecznej wentylacji płuc. Dowiedzionem bowiem zostało doświadczalnie przez VOLTOLINI'ego¹⁰⁾, iż ciśnienie manometryczne 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 milimetrów. Czyli, że przy oddychaniu normalnem przez nos, ciśnienie powietrza, a zatem i ilość jego, dostająca się do płuc, jest większa, aniżeli przy oddychaniu ustami.

Nie ulega kwestyi, iż objawy, z jakimi spotykamy się przy zwężeniach w dolnym odcinku gardzieli, głównie zależą od stopnia zwężenia, chociaż z drugiej strony podziwiać musimy, jak małe nieraz otwory wystarczają do oddychania i przyjmowania pokarmów. Pacjent nasz wobec nadzwyczajnej wąż-

¹⁾ Lipp: Pharynxstenose. Mittheilung des Vereins der Aerzte in Steiermark. Graz. 1884. Intern. Centralbl. f. Laryngologie. 1885. N-r 11.

²⁾ Verhandlungen der laryngologischen Gesellschaft zu Berlin. Bd. 1. 1890.

³⁾ Colcott Fox: Stenosis of the lower part of the pharynx. Transactions of the Med. Soc. of London, p. 515. 1890. Ref. w Int. Cbl. f. Laryng. 1891. N-r 10.

⁴⁾ E. Welander: Fall af strictura pharyngis syphilitica. Hygiea. 1892. p. 427. Int. Cbl. f. Laryng. 1893. N-r 12.

⁵⁾ E. Hoffman: Ein dreifach getheilter Pharynx. Deut. med. Woch. 1885. N-r 28.

⁶⁾ F. T. Paul: Syphilitic stenosis of pharynx. Liverpool Medico-Chirurg. Journal. July. 1885. Internat. Cbl. f. Laryng. 1886. N-r 9.

⁷⁾ Lubliński: Ueber syphilitische Pharynxstricturen. Berliner klinische Woch. 1883. N-r 24.

⁸⁾ Pauly: Zur Entstehung der ringförmigen luetischen Pharynxstricturen. Centralbl. f. Chirurgie. 1884. N-r 17.

⁹⁾ Sitzungsbericht der New-York Academy of Medicine. Intern. Cbl. f. Laryngologie. 1890. N-r 1.

¹⁰⁾ Voltolini: Die Rhinoscopie und Pharyngoscopie. Breslau. 1879. p. 199.

kości szpary, rzeczywiście cudów dokazywał, przeciskając przez nią pokarmy, a nie zapominajmy, iż musiał to śpiesznie czynić, by szybko uwolnić otwór, dla zaczerpnięcia przezeń powietrza. Niekiedy jednak zwężenie dochodzi do tego stopnia, iż tracheotomia staje się konieczną, jak np. w przypadku PAUL'a, w którym jeszcze na 3 lata przedtem, nim autor widział chorą, wykonano ten rękoczyn. I w moim przypadku zwężenie było tak znaczne, iż chory znajdował się w przededniu tracheotomii, i tylko śpieszne usunięcie przeszkody zapobiegło potrzebie jej wykonania.

Co się tyczy leczenia, to niektórzy autorowie, jak np. Fox, otrzymywali poprawę po stosowaniu środków przeciwpriymiotowych. Mowa tu może być jednak tylko o przypadkach, znajdujących się w okresach początkowych i przed wytworzeniem się tkanki bliznowatej. Z chwilą wytworzenia się tej ostatniej chory tylko od leczenia operacyjnego może spodziewać się ulgi, i ta jest daleko łatwiejsza do osiągnięcia przy zwężeniach błoniastych, aniżeli cylindrycznych. Błony te zwykle są podatne i znajdują się w stanie naprężenia, po rozcięciu ich zatem kurczą się i nie mają skłonności do odnawiania się. Daleko gorsze rokowanie dają zwężenia cylindryczne, zajmują one zwykle przestrzeń kilku centymetrów, są mało podatne i trudniejsze do usunięcia. Nacięcia i następne rozszerzanie za pomocą świeczek odpowiedniego kształtu stanowią w tych razach najwłaściwszy sposób postępowania, stosowane zaś przez niektórych autorów żegadło galwanokaustyczne jest mniej właściwe, wywołuje bowiem odczyn zapalny, tworzenie się ziarniny i nowej blizny, mającej dążność do ściągania się.

Nie mniejsze trudności przedstawia oddzielenie przyrostu podniebienia miękkiego od tylnej ściany gardzieli. Łącząca je tkanka bliznowata jest twarda i niepodatna, za pomocą rozszerzania bardzo powolne i nieznaczne dają się osiągnąć wyniki. Żegadło i nóż zwykły oraz nożyczki, odpowiednio zagięte, również wiele pozostawiają do życzenia. Najlepiej polecić mogę nożyk, opisane powyżej zagięcie pod kątem prostym mający, za pomocą którego łatwo oddzielić przyczepy, co nie uwalnia naturalnie od dalszych starań, zapobiegających powtórnemu zlepianiu się. Zakładanie pasków z gazy jodoformowej oddało w przypadku moim dobre usługi, zasługują one, zdaniem mojem, na pierwszeństwo przed wprowadzeniem świeczek przez nos, jako przykrzejszem daleko dla chorych i uciążliwsem, gdy idzie o dłuższe pozostawianie ich w ranie.

WYKŁADY KLINICZNE.

Prof. Dr. LIEBERMEISTER z Tübingen.

O zapaleniu i zwyrodnieniu wątroby.

Streścił D-r Bolesław Wolberg (Włocławek).

(Dokończenie. — Zobacz Nr. 38).

Zanikowa wątroba muszkatułowa.

Przy każdym zwiększeniu ciśnienia w żyłach wielkiego krwioobięgu następuje przekrwienie wątroby, rozszerzenie jej żył i powiększenie objętości, mogące dojść do wielkich rozmiarów. Gdy zastój ten trwa czas długi, jak to bywa zazwyczaj przy chorobach serca i płuc, w wątrobie rozrastać się zaczyna tkanka łączna, i podobnie jak przy marskości, organ ulega następstwu zmniejszeniu wskutek kureczenia się wytworzonej tkanki i zaniku komórek mięsaszowych. Mamy wówczas zanikową wątrobę

muszkatołową, którą niektórzy utożsamiali z marskością; etyologia jednak i symptomatologia tych dwóch cierpień jest zupełnie różna; podobieństwo mamy tylko w zmianach anatomicznych. Wątroba muszkatołowa jest twarda i przy średnim stopniu rozwoju cierpienia nieco większa od normalnej, przy krajanu trzeszczy. Zawartość krwi jest bardzo znaczna, na powierzchni przekroju widzimy ciemne kropki, odpowiadające środkowi zrazików—są to rozszerzone żyły; zewnętrzna część zrazików jest blada, komórki w niej uległy częściowemu zanikowi; nadaje to całości wygląd pstry, nieco podobny do przekroju gałki muszkatołowej, skąd też i nazwa tego cierpienia powstała. Pasemka tkanki łącznej międzyzrazikowej są wyraźnie zwiększone, nie w takim jednak stopniu, jak przy marskości; powierzchnia wątroby może być z lekka ziarninowata. Gdy sprawa jest bardzo daleko posunięta, wówczas obraz anatomiczny może być zupełnie do marskości podobny, pstry wygląd jednak zawsze jest bardzo wyraźny. Śledziona zwykle nie jest powiększona i znajduje się w stanie t. zw. stwardnienia sinicowego (*cyanotische Induration*).

Objawy wątroby muszkatołowej, jako cierpienia zawsze wtórnego, mało są wydatne wobec objawów choroby zasadniczej. Wątrobę wyczuć można jako zwiększoną, nieco bolesną przy ucisku; chorzy mają uczucie pełności, a przy szybkim zwiększaniu się organu, i bólów w prawym podżebżu. Przez długi czas, nieraz przez ciąg lat kilku, wątroba pozostaje zwiększona, w późnych dopiero okresach choroby ulega zmianom podobnym do marskości, i wówczas też zjawiają się objawy takie, jak przy ostatniej: na pierwszym planie *ascites*, śledziona tylko nie bywa zwiększona.

Rozpoznanie u chorych, przez dłuższy czas obserwowanych, nie przedstawia trudności; od marskości odróżnić możemy wątrobę muszkatołową już przez obecność choroby serca lub płuc, wywołujących naprzód obrzęki kończyn, a później dopiero *ascites*; gdy ilość przesięku w jamie brzusznej staje się bardzo wielką, a wątroba ulega stopniowemu zmniejszeniu, jest to dowodem, iż zmiany w niej są znaczne. Nie można też zaprzeczyć, iż przy chorobach serca i płuc może współcześnie istnieć rzeczywista marskość wątroby; bywa to jednak dość rzadko.

Leczenie skierowane być winno przeciw chorobie podstawowej, cierpienie wątroby leczyć należy tylko objawowo.

Ostre zwyrodnienie miąższowe.

W cierpieniu tem komórki wątroby ulegają zniszczeniu z przebiegiem typowym dla wszystkich zwyrodnień organów miąższowych. Sprawa rozpoczyna się od nabrzmienia ze zmętnieniem (*trübe Schwellung*) i kończy się rozpadem tłuszczowym, którego produkta w części wessanemi być mogą. W różnych miejscach wątroby znaleźć możemy jednocześnie komórki, znajdujące się w różnych okresach zwyrodnienia. Gdy śmierć nastąpiła po kilku dniach choroby, znajdujemy wątrobę powiększoną, elastyczną, na przekroju szarą, zmętniałą, podobną do ugotowanej. W późniejszym nieco okresie jest ona koloru żółto-czerwonego, miękka, łatwo się rozrywa, na powierzchni przekroju nie ma śladu granic oddzielnych zrazików, na nożu pozostaje wyraźna warstwa tłuszczu. Gdy cierpienie trwało dłużej nad dni 9 lub 10, wątroba bywa znacznie zmniejszona w swej grubości, powłoka jej zmarszczona i zmętniała; na przekroju jednostajnie pomarańczowo-czerwona, lub też na tle żółtem posiada wysepki czerwone, nieco zapadnięte; są to miejsca, gdzie pozostał tylko szkielet łącznotkankowy z naczyńcami, rozpadłe zaś komórki zostały wessane; stan ten niektórzy trafnie nazywają zanikiem czerwonym. W rozpadłej tkance znaleźć można kryształki hematoïdyny lub bilirubiny, także leucynę i tyrozynę. Jeżeli opisywanem cierpieniem dotknięta została wątroba stłuszczone, wówczas obok drobnoziarnistej masy rozpadowej znajdujemy większe krople tłuszczu. Im dalej posunięta jest sprawa zwyrodnienia, tem mniej widzieli się żółci z chorej wątroby; stąd też w niektórych przypadkach nietylko spostrzegamy brak żółci w kiskach, lecz nawet błona śluzowa dróg żółciowych nie jest żółto zabarwiona, w innych znów przeciwnie—nie daje się w ilości znalezionej żółci zauważyć różnica od stanu normalnego. Śledziona w większości przypadków jest znacznie powiększona, nie jest to jednak rzecz stała. Nerki są zwykle w stanie zwyrodnienia miąższowego, w mniejszym jednak stopniu, niż wątroba; serce ulega zwyrodnieniu tłuszczowemu. W żołądku, opłucnej, osierdziu, skórze bywają wylewy krwawe.

Przyczyny ostrego miąższowego zwyrodnienia wątroby podzielić można na pierwotne i wtórne. Do pierwszych należą: a) *icterus gravis*, b) żółta febra, c) żółtaczka epidemiczna, d) ostre otrucie fosforem. *Icterus gravis* francuskich autorów, choroba

nader rzadka, przyczyna której dotychczas jest nieznana, zdarza się częściej u kobiet, niż u mężczyzn; z opisanych przypadków względnie wiele dotyczyło położnic, nie wynika z tego jednak, by one były specjalnie do choroby tej usposobione; pewne znaczenie w etiologii *icterus gravis* ma wszystko, co prowadzi do stłuszczenia wątroby, przede wszystkim nadmierne użycie alkoholu. Być też może, iż jest to choroba pasorzytnicza. *Icterus gravis* niektórzy uważali za sporadycznie występującą żółtą febrę, opierając się na niezmiernem podobieństwie przebiegu klinicznego tych dwóch cierpień i tożsamości zmian anatomicznych wątroby i innych organów. Twierdzeniu jednak temu przeciwstawić można poważny zarzut, a mianowicie, iż przy żółtej febrze wątroba ulega wprawdzie wszystkim wyżej opisanym zmianom, lecz zachowuje swą objętość normalną, gdy przy *icterus gravis* jest zmniejszona, a czasem nawet dosięga najwyższego stanu zwyrodnienia i skurczenia, które ROKITANSKY jeszcze opisał jako osobną postać chorobową i nazwał „*Atrophia hepatis acuta flava*”. W klimacie naszym zdarza się też czasem żółtaczka epidemiczna, mająca zazwyczaj przebieg łagodny, która, zdaje się, jest w takim stosunku do żółtej febrzy, jak *cholera nostras* do cholery azjatyckiej, lub ospa wietrzna do naturalnej; w niektórych epidemiach bywają oddzielne przypadki, kończące się śmiercią, i wówczas wątroba przedstawia także zmiany, jak przy prawdziwej żółtej febrze, mianowicie ostro zwyrodnienie mięszone. Ostre otrucie fosforem wywołuje zupełnie analogiczne zmiany w wątrobie, tak, iż niektórzy autorowie w każdym przypadku ostrego zwyrodnienia tego organu szukali otrucia. Ponieważ fosfor dość szybko sprowadza śmierć, więc zazwyczaj zwyrodniała wątroba nie jest jeszcze zmniejszona, zdarzają się jednak i tutaj przypadki, gdzie mamy wyraźny żółty jej zanik. Stężony wyskok, chloroform, a nawet arsenik i kwasy mineralne mogą w rzadkich przypadkach wywołać zwyrodnienie i nawet żółty zanik wątroby.

Jako objaw wtórny ostre zwyrodnienie powstać może przy wszystkich cierpieniach wątroby, połączonych z długotrwałym zastojem żółci, a więc przy kamicy, przy bardzo uporczywej żółtaczce kataralnej, przy marskości żółciowej, stłuszczeniu, ropniu i gruczlicy wątroby. Nareszcie pewien stopień zwyrodnienia ostrego wątroby znajdujemy przy wszystkich chorobach gorączkowych, gdzie ciepłota ciała przez dłuższy czas dosięga wysokich stopni. Zmiany powstałe wówczas w wątrobie, jak również i w innych organach, mogą się wyrównać w ten sposób, iż zwyrodniałe komórki zostają wessane i zastąpione przez nowo wytworzone. Czasem jednak i w tych przypadkach widzimy żółtaczkę i rozwój zwyrodnienia całego mięszu wątroby; bywa to najczęściej przy ciężkich tyfusach brzusznych, gorączce powrotnej i pólógowej.

O b j a w ostrego zwyrodnienia wątroby nie we wszystkich przypadkach choroby bywają jednakowe; zależy to od przyczyny wywołującej cierpienie, mają zaś to wspólnie, że zawsze zachowują powien typ, a mianowicie, przedstawiają okres gastryczny czyli gorączkowy, następnie parodniową remisję lub intermisję, podczas której jednak zjawia się zazwyczaj żółtaczką, i wówczas dopiero choroba przechodzi w okres choleмии. Jeśli dla przykładu weźmiemy przypadek pierwotnego ostrego zwyrodnienia z niewiadomej przyczyny, przy którym dochodzi do ostrego zaniku wątroby, wówczas przebieg choroby przedstawi się w następujący sposób. Cierpienie rozpoczyna się objawami t. z. gastrycznymi ostrego, to jest brakiem łaknienia, mdłościami, czasem odbijaniem i wymiotami, obłożonym językiem i umiarkowaną gorączką, wątroba w okresie tym może być nieco powiększona i bolesna. Po kilku (rzadziej kilkunastu) dniach wszystkie to objawy słabną, gorączka ustępuje, zjawia się natomiast wyraźna żółtaczką, przyczem tętno staje się nader szybkim, co pozwala nam wykluczyć żółtaczkę kataralną, przy której mamy zwolnienie tętna. Po dniach paru, w nielicznych tylko przypadkach po dłuższym czasie, stan ogólny chorego znacznie się pogarsza, występują zaburzenia mózgowe bądź to w postaci apatii i senności, bądź też przeciwnie — niepokoj, bólu głowy i bezsenności, a nawet ostrego bredzenia, które później zwykle się uspokaja i przechodzi w śpiączkę; mogą być też kurcze oddzielnych grup mięśniowych lub drgawki ogólne. Jednocześnie występują krwawienia mniej lub więcej obfite na skórze i błonach śluzowych, przeważnie w obrębie korzeni żyły wrotnej, co powoduje krwawe wymioty i wypróżnienia. Mocz zawiera czasem białko, leucynę i tyrozinę. Śledziona bywa nieco powiększona, wątroba zaś bardzo szybko ulega zmniejszeniu. Wypróżnienia są opieszale i z każdym dniem słabiej zabarwione. Ciepłota spada zazwyczaj niżej normy, by na krótko przed śmiercią znów się podnieść, czasem nawet bardzo wysoko. Następuje upadek siły serca wraz z coraz szybszym tętnem i śmierć przy objawach obrzęku płuc. Okres choleмии trwa zwykle nie dłużej nad 4 do 5 dni.

Rozpoznanie możliwem się staje dopiero w okresie cholemicznym, i za podstawę mu służą: żółtaczka, ciężka prostracya, niezwykle przyspieszenie tętna, objawy mózgowe, usposobienie do krwawień, brak gorączki, szybkie zmniejszanie się objętości wątroby i nakoniec wykazanie w moczu leucyny i tyrozyny.

Rokowanie jest bardzo złe, jakkolwiek znane są nieliczne przypadki wyzdrowienia, przyczem dokładność rozpoznania nie ulegała żadnej wątpliwości.

Kwestyę sporną stanowi pochodzenie żółtaczki przy ostrem zwyrodnieniu wątroby wobec powszechnie prawie przyjętej teoryi, iż żółć wyrabiać się może tylko w wątrobie, a zatem znajdować się we krwi jedynie wtedy, gdy są przeszkody w odpływie jej do kiszek. Przeszkodę taką przy omawianem cierpieniu przypuszczano w najdrobniejszych kanalikach żółciowych, przekonanie to jednak jest mylne, gdyż nawet przy zupełnem zniszczeniu komórek miąższowych, a zatem, gdy żółć wcale się wytwarzać w wątrobie nie może, żółtaczka jednak istnieje. Wobec tego przyjęć należy, iż w takich przypadkach żółć wytwarza się wprost we krwi bez udziału wątroby (*Suppressions-Icterus*). Że zaś mamy tu do czynienia z prawdziwą żółcią, a nie, jak to niektórzy utrzymują, z pewną odmianą barwnika krwi, dowodzi obecność w moczu nie tylko barwników żółciowych, lecz i kwasu żółciowego.

Objawy mózgowe i prostracyi wywołano zostają przez krążące we krwi trujące substancye organiczne, które są bądź to składowemi częściami żółci, bądź też produktami rozkładu zniszczonych komórek wątroby; cząstkę tych ostatnich stanowią też tyrozyna i leucyna, wydzielane w moczu.

Przy ostrem zwyrodnieniu wątroby, nie połączonem z żółtym jej zanikiem, gdzie pozostaje ona do końca normalnej wielkości, objawy są prawie identyczne z objawami, opisanemi wyżej dla *icterus gravis*. Istnieją tylko drobne różnice, zależne od przyczyny choroby; gdy tę np. stanowi otrucie fosforem, mamy z początku silne zaburzenia żołądkowe, które wkrótce ustępują, a po paru dniach dopiero zjawiają się objawy cierpienia wątroby; cała sprawa nie trwa zwykle dłużej nad dni 7. Takież przeciąg czasu bywa i przy żółtej febrze, przy której w okresie gastrycznym mamy wysoką gorączkę, po czem następuje poprawa ogólnego stanu zdrowia; w pomyślnie przebiegających przypadkach na tem choroba się kończy, w innych zaś następuje okres cholemi. Zwyrodniała wątroba zarówno w otruciu fosforem jak i przy żółtej febrze pozostaje w ogromnej większości przypadków niezmniejszoną z powodu zbyt krótkiego czasu trwania choroby. Co do objawów w przypadkach wtórnego zwyrodnienia wątroby podczas chorób gorączkowych, to są one mniej wyraźne, niż przy cierpieniu pierwotnem i dopiero przed samą śmiercią mogą wziąć górę nad objawami choroby podstawowej.

Leczenie przy wyraźnie rozwiniętych objawach, pozwalających na pewno cierpienie rozpoznać, jest prawie zupełnie bezsilne; zalecić można kalomel w pełnych dawkach i chininę. Większe znaczenie mają środki zapobiegawcze, jak np. przepłukanie żołądka przy otruciu fosforem, zapobieganie szerzeniu się żółtej feby i odpowiednie postępowanie przy chorobach gorączkowych dla niedopuszczenia zgubnego działania wysokiej temperatury.

Stłuszczenie wątroby.

Stłuszczenie wątroby bywa dwojakiego rodzaju: 1) nacieczenie komórek miąższowych (*infiltratio adiposa*) i 2) ich zwyrodnienie (*degeneratio adiposa*). Przy pierwszej postaci mamy do czynienia z tłuszczem, który, znajdując się w danej chwili w ustroju w ilości nadmiernej, gromadzi się w komórkach wątroby, zarówno jak we właściwej tkance tłuszczowej i szpiku kostnym; jest to do pewnego stopnia akt fizyologiczny, o ile trzyma się w granicach umiarkowanych. Przy drugiej postaci tłuszcz tworzy się w samej komórce z jej zarodki, jest to więc zniszczenie komórki częściowe lub całkowite, podczas gdy przy nacieczeniu komórki, tłuszcz zawierające, nie tracą bynajmniej swojej zdolności wydzielniczej. Co do różnic morfologicznych, to nacieczenie tłuszczowe charakteryzuje się wielkością kropeł tłuszczu i tem, iż komórki, tłuszcz zawierające, znajdują się przeważnie na obwodzie zrazików, przy zwyrodnieniu zaś tłuszczowem mamy krople drobne i więcej równomierny podział tłuszczu między wszystkie komórki zrazików. Tak bywa najczęściej, zdarzają się jednak przypadki, gdzie przy nacieczeniu mamy drobno kropelki (w okresie początkowym), przy zwyrodnieniu zaś krople duże, tworzeniu się których sprzyja zapewne żółć, wydzielająca się

jeszcze w komórce nie zupełnie zniszczonej. Wątroba tłuszczona jest powiększona, w cieple miękka i ciastowata, w zimnie twarda. Przy krajanu suchym i nieco ogrzanym nożem pozostaje na nim warstwa tłuszczu. Powierzchnia przekroju jest malokrwista, blado-żółta; przy niezbyt wielkim stopniu nacieczenia tłuszczowego zewnętrzne części zrazików są żółte, środek zaś, gdzie tłuszczu jeszcze niema, różowy; stan ten zowią tłuszczową wątrobą muszkatołową. Przy wyższych stopniach tłuszczenia kontury zrazików są coraz mniej wyraźne, aż do zupełnego zniknięcia. Pod mikroskopem przedstawiają oddzielne komórki jedną lub kilka wielkich kropeł tłuszczu, przy dość wyraźnym jądrze i konturach komórki.

Przy czym wywołującą nacieczenie tłuszczowe wątroby jest nadmierny zapas tłuszczu, znajdującą się w organizmie, nadmiar ten powstaje wskutek spożywania dużej ilości potraw tłustych, wodorów węgla i substancji ograniczających zużycie tłuszczu, jak kawa, herbata i głównie spirytualia, przez osoby używające mało ruchu, a głównie mające skłonność do tycia. Zwyródnienie tłuszczowe ma za przyczynę charłactwo, wywołane przez gruźlicę płuc, rzadziej wskutek długotrwałego ropienia, raka lub niedokrewności złośliwej. Wraz z wątrobą ulegają zwyródnieniu tłuszczowemu nerki, serce i inno narządy. Przy tem chorzy są wyniszczeni i chudzi, gdy nacieczenie tłuszczowe, przeciwnie, spostrzegamy u osób tęgich.

Objawem stałym tłuszczenia wątroby jest jej powiększenie. Ponieważ dotyczy ono głównie wysokości i szerokości organu, mniej zaś jego grubości, więc też dla obmacywania dolny brzeg wątroby jest rzadko kiedy dostępny, tem bardziej, iż jest on miękki, a ściana brzuszna zazwyczaj gruba. Natomiast lekkie opukiwanie, szczególnie w kierunku od dołu ku górze, pozwala nam znaleźć granicę, gdzie dźwięk nagle ulega osłabieniu. Żadna z obu postaci tłuszczenia wątroby nie wywołuje większych zaburzeń w organizmie, co najwyżej przy znacznym nacieczeniu chorzy mają uczucie ciężkości i ucisku w prawem podżebrzu, a przy zwyródnieniu może być lekki stopień żółtaczki. Obie postacie natomiast mają skłonność do przejścia w ostre zwyródnienie mięsne, a w rzadkich przypadkach nawet w ostry zanik żółty z objawami *icteri gravis*.

Leczenie nacieczenia tłuszczowego u osób tęgich polega na ostrożnem lecz konsekwentnem przeprowadzeniu kuracji dyetetycznej BANTING'a i stosowaniu wód mineralnych słonych i alkaliczno-słonych. Przy zwyródnieniu tłuszczowem leczenie odłuszczone jest przeciwwskazane, zabiegi skierować należy przeciw podstawowemu cierpieniu.

Zwyródnienie skrobiowate. Wątroba słoninowata.

Nazwa ta powstała stąd, że tkanki, ulegające temu zwyródnieniu, jak odkrył VIRCHOW, dają odczyn nieco podobny do odczynu skrobi czyli krochmalu, mianowicie od jodu barwią się na ciemno-czerwono, a po dodaniu kwasu siarczanego fioletowo lub niebiesko. Późniejsze badania jednak wykazały, iż substancja ta obfituje w azot i jest ciałem proteinowem, a nie amyloidem. Przy zwyródnieniu tem wątroba jest znacznie powiększona we wszystkich wymiarach, twarda, ale łatwo krajać się daje. Powierzchnia jest blada, powłoka surowicza nie zgrubiała. Na przekroju wątroba przedstawia się malokrwistą, szarawo-żółtą, błyszczącą, jednolitą (*homogen*); czasem tylko odróżnić można oddzielne zraziki dzięki bledości ich części obwodowych. Tkanka łatwo krajać się daje na cienkie przeświecające plasterki. Sprawa zwyródnienia przeważnie dotyczy tętniczek i naczyń włosowatych, komórki zaś mięsne ulegają prostemu zanikowi, przy daleko jednak posuniętej sprawie i ono przyjmują udział w zwyródnieniu. Zawartość komórek i jąder traci swą ziarnistość i staje się jednolitą.

Przy czym wątroby słoninowatej stanowią przeważnie chroniczne wyniszczające ropienia, np. przy otoku ropnym płuc, próchnieniu i martwicy kości, rzadziej przy gruźlicy płuc, dalek przymiot, charłactwo zimnicze, białaczka, żółty i krzywica.

Objawy z początku są bardzo niewyraźne, przy większym zaś rozwoju cierpienia łatwo jest wyczuć powiększoną wątrobę, gdyż brzeg dolny wystaje po za łuk żebrowy, jest gładki i twardy jak deska, na ucisk mało wrażliwy. Chorzy mają uczucie ciężkości i pełności w prawem podżebrzu. Wszelkie inne objawy podmiotowe i przedmiotowe zależą od cierpień, które słoninowatość wątroby wywołały.

Rozpoznanie ułatwione zostaje, gdy oprócz wyżej opisanego stanu wątroby znajdujemy powiększenie i twardość śledziony, białko w moczu i czasami uporczywe rozwolnienie, co wskazuje, iż takąż sprawą zachodzi w śledzionie, nerkach i kiszkiach.

Rokowanie jest niepomysłne, chociaż czasami zdarza się, iż po ustąpieniu podstawowego cierpienia zwyrodnienie skrobiowate może być usunięte.

Leczenie polega przedewszystkiem na zabezpieczeniu w chorobach chronicznych od charłactwa przez dobre odżywianie i odpowiednie leczenie ropienia. Ze środków farmaceutycznych najodpowiedniejszy jest *Sirupus ferri iodati*.

(*Deutsche med. Woch.* 1892. N-r 16, 42, 48, 49, 52).

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

153. J. ROTTER. **Rany kłute naczyń podobojczykowych.** Rany postrzałowe naczyń podobojczykowych opisał BERGMANN i w nowszych czasach BUENGNER. Autor zajmuje się wyłącznie ranami kłutymi, które opracował na podstawie kazuistyki 12 przypadków zebranych z literatury, oraz jednego własnego. Narzędziami kalezącymi były: noże (najczęściej), bagnety, sztylet i pałasz. 10 razy skaleczono tętnicę przez jamę podobojczykową, 3 zaś razy jamę nadobojczykową. Nigdy tętnica nie była przecięta zupełnie; 5 razy prócz tętnicy skaleczona była i żyła podobojczykowa; 2 razy uszkodzono też nieco dalej odległe nerwy splotu ramieniowego; 3 razy wreszcie wraz z tętnicą uszkodzono opłucną, zawsze bez szkody dla samej tkanki płuc. Ilekroć obserwowano rannych bezpośrednio po wypadku (9 razy), zawsze następował silny krwotok pierwotny, doprowadzający do omdlenia; dwaj chorzy mieli jednak jeszcze dość sił, ażeby ująć paręset kroków.

Częstość krwotoku pierwotnego tłumaczy dwie okoliczności: naczynie zwykle bywa niezupełnie przerwane i rana posiada brzegi gładkie. Przy ranach postrzałowych bywa wręcz przeciwnie — wtedy też zwykle niema krwotoku. Zasada, iż poprzeczne lub skórne zranienie tętnicy powoduje krwotok, w zranieniach zaś podłużnych napięcie ścianki zaciska szczelinę i nie pozwala na wypływ krwi, zdaniem autora słuszną jest dla drobniejszych tętnic, lecz nie dla podobojczykowej, gdzie boczne ciśnienie krwi jest zbyt wielkie. Śmierć jako następstwo pierwotnego krwotoku nie musi być zbyt rzadka. W przypadkach autora krwotok zatrzymywał się bądź sam przez się, wskutek omdlenia rannego, bądź pod wpływem słabego zaledwie ucisku. Po znacznej utracie krwi słaba działalność serca nie jest w stanie pędzić krwi przez ranę na zewnątrz, tworzą się w niej, jak również w szczelinie tętnicy skrzepy — powstaje zakrzep tętniczy pierwotny, o granicach rozlanych, gdyż krew rozchodzi się po tkankach otaczających. Rozmiary guza krwawego są wielkie, jeżeli skaleczona została sama tylko tętnica; o wiele mniejsze, jeżeli jednocześnie skaleczona została żyła i powstał tętniak tętniczo-żylny. Położenie guza nad lub pod obojczykiem zależy od miejsca zranienia, zwykle jednak rozlewa się krew stąd w dół lub w górę, obojczyk odsunięty zostaje ku przodowi, na bocznej ścianie klatki piersiowej, pod pachą i na ręce występują krwawe podbiegnięcia, w razie zaś zranienia opłucnej krew wlewa się do jej jamy. W tym ostatnim razie, wskutek aspiracji powietrza do rany może się rozwinąć rozedma podskórna. Jeżeli chory przetrzymał krwotok pierwotny, grozi mu w następstwie wielkie niebezpieczeństwo od krwotoków wtórnych. Gdy wzmocni się siła serca, krew draży sobie jamę w guzie krwawym, który zaczyna tętnić. W razie przerwania się ściany guza krew wypływa nazewnątrz — krwotok zewnętrzny, lub rozlewa się w otaczającą tkankę łączną — krwotok wewnętrzny.

Wtórne te krwotoki wywołane bywają przez wstrząśnienia przy przenoszeniu rannego lub przez niewłaściwy ruch przezeń wykonany, przez badanie rany zgłębnikiem, najczęściej jednak przez ropne rozmiękczenie i rozpad zakrzepu. W statystyce autora zanotowano krwotoki wtórne 7 razy. Jest to jeszcze liczba stosunkowo nie wielka, w porównaniu do niezupełnych postrzałowych uszkodzeń naczyń; tam krwotoki wtórne następowały prawie stale. Rzadko krwotoki wtórne pojawiają się w ciągu pierwszych 3 dni po zranieniu; zgodnie z dawno znaną zasadą należy ich najczęściej oczekiwać od dnia 6-go. Zwykle krwotok bywa obfity i jeżeli zabieg chirurgiczny nie zostanie wykonany, powtarza się kilkakrotnie w od-

stębach dziennych lub dwudniowych. Świeże tętniczo-żyłne tętniaki są równie często powodem krwotoków wtórnych, jak i skaleczenia samej tylko tętnicy.

Zabliżnienie rany w tętnicy tak wielkiej jak podobojczykowa nie następuje samo przez się prawie nigdy. W 6 przypadkach rozwinęły się tętniaki urazowe. O ile są one czysto tętnicze, mają skłonność do rozrastania się i przedziurawiania skóry. Przebieg tętniaków tętniczo-żylnych bywa łagodniejszy: krew rozchodzi się w kierunku do i odśrodkowym żyły, siła więc ciśnienia rozkłada się więcej jednostajnie, tętniak nie dochodzi do zbyt wielkich rozmiarów i w wyjątkowych tylko razach powstają późne krwotoki wtórne. Gdy tętnica przecięta jest zupełnie, ginie tętno w pniu odśrodkowym. Czasami już po upływie 10 godzin dzięki obiegowi obocznemu tętno powraca, zawsze jednak jest ono wtedy słabsze i mniejsze, niż na stronie zdrowej. Po nad wytworzonym na miejscu zranienia guzem krwawym nie słychać według WAHL'a przez stetoskop żadnych szmerów. W miejscu gdzie tętnica została nadcięta, wskutek skurczenia się brzegów rany i nagromadzenia zakrzepów powstaje zwięźlenie. W strumieniu krwi, który po przebyciu tej przeszkody wchodzi do względnie szerszego łóżyska, powstają wiry, wytwarzające przy każdym skurczu serca, głównie na samym miejscu zranienia, dostępne dla ucha szmery o charakterze słabego chuchnięcia. Tętno poniżej miejsca zwięźlenia staje się słabszym i mniejszym, co szczególnie widoczne jest na charakterystycznych sfigmogramach, zdjętych przez WAHL'a i autora. Tętnienie guza krwawego pojawia się dopiero wtedy, gdy krew w nim sobie jamę wyżłobi. Następuje to w okresie czasu bardzo różnym. Gdy po skaleczeniu tętnicy i żyły rozwinął się tętniak tętniczo-żylny, słychać wskutek krętości wirów od uderzania się dwóch prądów krwi szmer głośny, dźwięczny. Jest on głośniejszy od wspomnianego powyżej i słychać go nie tylko na miejscu zranienia, lecz i daleko stąd, zarówno w kierunku do i odśrodkowym, wreszcie szmer ten towarzyszy zarówno skurczowi jak i rozkurczowi serca, bo nawet w czasie rozkurczu ciśnienie w tętnicy jest wyższe, aniżeli w żyłę. Po przyłożeniu ręki wyczuć można prócz tętnienia charakterystyczne skrobanie.

Wspomniane objawy tętniaka tętniczo-żylnego nie występują zwykle wcześniej, jak drugiego dnia. Ponieważ i w tym razie napełnienie tętnicy staje się mniejsze, więc tętno w odcinku odśrodkowym jest słabsze i niższe. Natomiast w rozgałęzieniach żyły pojawia się tętno żyłne z chwilą, gdy prąd krwi tętniczej zwalczył przeciwdziałanie zastawek. O tętnie żylnem w żyłę szyjowej na drugi dzień, i na 12-ty w żyłę odpromieniową palca wielkiego, wspomniano tylko raz jeden; zdaniem autora tłumaczy się to łatwością odpływu krwi z żyły podobojczykowej do serca. Jeden z przypadków kazuistyki autora dowodzi możliwości rozwinięcia się tętniaka tętniczo-żylnego przy nadcięciu tętnicy i jednocześnie zupełnem przecięciu żyły podobojczykowej: ta ostatnia, zawarta pomiędzy obojczykiem i klatką piersiową, nie może się skurczyć i wciągnąć—pozostaje otwartą.

O ile przecięcie nerwów splotu ramieniowego zdarzało się rzadko, o tyle częste były zaburzenia wskutek ucisku guza krwawego lub tętniaka na nerwy. W 7 przypadkach notowano przejściowo znieczulenia, zboczenia czucia, bóle lub porażenia. Wreszcie w dwóch przypadkach tętniaki wielkich rozmiarów przez ucisk spowodowały uszkodzenia kości: żeber, główki kości ramieniowej i łopatki. Rozpoznanie, czy skaleczona została tętnica, nie jest bynajmniej łatwe—krwotok pierwotny nie daje do tego zwykle dostatecznej podstawy. LANGENBECK cytuje 3 takie przypadki, gdzie wypływającą krew mylnie uznano za żylną. Ważniejszą wskazówkę dają rozmiary pierwotnego guza krwawego: przy zranieniach żyły nie bywa on nigdy tak wielki, jak przy zranieniach tętnicy. W razie jednoczesnego zranienia obydwóch naczyń pierwotny guz krwawy bywa również nie wielki, wtedy ułatwiają rozpoznanie objawy fizyczne rozwijającego się w następstwie tętniaka tętniczo-żylnego.

Rokowanie wogóle niepomysłne *quo ad vitam* zależy od tego, czy następują krwotoki wtórne. W 6 przypadkach, gdzie ich nie było, życie rannych zostało na razie ocalone. Co prawda, rozwijały się w następstwie zawsze tętniaki urazowe: jeden przypadek zakończył się śmiercią po operacji, wykonanej w trzecim miesiącu po wypadku, w 5-ciu pozostała niezdolność do pracy kończyny górnej. Z 7 przypadków, powikłanych krwotokami, 6 zakończyło się śmiercią, ocalał jeden tylko ranny autora.

Podwiązanie zranionej tętnicy podobojczykowej należy do zadań bardzo trudnych i nie może być dokonane na samym miejscu wypadku. Zanim więc rany przeniesiony zostanie do szpitala, trzeba krwotok tymczasowo zatamować. Zdaniem autora, najlepszy byłby stały ucisk za pomocą palca, o ile zaś to jest niemożliwe, należy zaszyć ranę skórną (wczesny krwotok wewnętrzny grozi małą stosunkowo utratą krwi) i nałożyć opatrunek uciskający. Dwie zasady przewodnie powinny kierować dalszemi zabiegami chirurga: operować należy 1) we właściwym czasie i 2) według właściwej metody. Krwotok wtórny nie tylko pozbawia chorego nowej ilości krwi, wywołuje on prócz tego takie zmiany w budowie i położeniu otaczających części miękkich, że odszukanie tętnicy może się potem stać wprost niemożliwym, wreszcie guz krwawy jest nader podatnym podłożem dla zarazków. Ze wszystkich tych względów należy się starać, aby krwotok wtórny ubiedz. Ponieważ w dwóch przypadkach pojawił się on już pierwszego i drugiego dnia, należy więc przystępować do podwiązania naczynia, skoro tylko chory przyszedł do siebie po wstrząsie (*shock*).

Metodzie ANTILLUS'a oddaje autor pierwszeństwo nad metodą HUNTER'a, ta ostatnia bowiem nie wyklucza możliwości krwotoku przez krwiobieg oboczny. Sposób HUNTER'a może się jednak stać użytecznym, jako zabieg przedwstępny dla podwiązania według sposobu ANTILLUS'a. Co się tyczy techniki odszukania tętnicy, to wogóle przedstawia ona znaczne trudności. Stosunkowo małe pole operacyjne od wyrostka kruczego do mięśnia pochyłego przedniego, przegrodzone jest prócz tego w połowie przez obojczyk i mięsień podobojczykowy. Zarówno pod jak i nad obojczykiem, nawet w warunkach normalnych do tętnicy dostawać się trzeba przez jamę ciasną i głęboką; gdy obojczyk odsunięty jest od klatki piersiowej przez guz krwawy, jama ta staje się jeszcze głębszą. Prócz tego w większości przypadków tętnica skaleczona bywa poza obojczykiem, tak, iż ani cięcie nad, ani pod obojczykiem nie daje do rany przystępu. W tych razach nie pozostaje nic innego, jak cięcia ze stron obudwóch połączyć za pomocą przecięcia obojczyka wraz z mięśnieniem podobojczykowym. Idąc za doświadczeniem i radą LANGENBECK'a, BERGMANN'a i VOLKMANN'a, autor postąpił tak w swoim przypadku i osiągnął wynik pomyślny. Na przepiłowany obojczyk należy pod koniec operacji nałożyć szew z drutu srebrnego, w przeciwnym bowiem razie mięsień mostko-obojczyko-sutkowy odciąga wewnętrzną połowę ku górze, a piersiowy wielki zewnętrzna ku dołowi i kość zrasta się wadliwie. Podwiązanie tętnicy podobojczykowej, a jak w przypadku autora, tętnicy wraz z żyłą, nie oddziałują zgubnie na odżywianie kończyny, o ile tylko wraz ze skaleczeniem naczyń otaczające części miękkie nie zostały zmiażdżone na znacznej przestrzeni. Tętniaki urazowe leczyć należy przede wszystkim za pomocą ucisku. W jednym z przypadków BERGMANN'a po dwugodzinym zaledwie ucisku palcem ustało tętnienie, a worek się skurczył i stał się niewyczuwalnym. W starych i dużych tętniakach, o grubych ścianach ucisk bywa bezskuteczny. Gdy guz położony jest w znacznej części za obojczykiem, stosować ucisku niepodobna; gdy zachodzi obawa pęknięcia tętniaka, stosować go nie należy. We wszystkich tych razach trzeba wykonać operację podwiązania tętnicy lub wycięcia worka.

Podwiązywać należy powyżej i poniżej tętniaka; w razie jeżeli sięga on wysoko do jamy nadobojczykowej, wskazana jest według VOLKMANN'a tymczasowa resekcja obojczyka, gdy tętniak dochodzi aż do mięśnia pochyłego przedniego, trzeba wykonać trudne i niebezpieczne podwiązanie tętnicy po stronie wewnętrznej mięśnia. Jeżeli po podwiązaniu obustronnem ustanie w worku tętnienie, można pozostawić go własnemu losowi, lub też rozciąć i ze skrzepów opróżnić. Zupełne wycięcie worka, które w ostatnich czasach stosowano z bardzo dobrymi wynikami na innych tętnicach, właściwe jest dla małych tętniaków żyłnotętnicznych jamy podobojczykowej, wielkie jednak guzy tej jamy, jak również guzy jamy nadobojczykowej, z powodu bliskiej styczności z klatką piersiową i opłucną wierzchołków, nadają się zaledwie chyba do częściowego, lecz nie do zupełnego wyluszczenia.

Pracę autora zamykają treściwe opisy 13 omawianych przypadków, oraz jednego nadesłanego już po ogłoszeniu pracy i jednego przeoczonego.

(*Sammlung klin. Vorträge v. R. Volkmann, N. 72. 1893*). K. Rogoziński.

154. HIRSCHFELD. Prognostyczne znaczenie acetonuryi w moczówce cukrowej.

Według obecnie panującego poglądu acetonurya w moczówce cukrowej nie jest w żadnym związku ze swoistymi zaburzeniami w przemianie materii. Jest ona tylko wynikiem obfitego rozpadu białka w ustroju, jak to np. bywa przy głodzeniu, gorączce i t. p. W moczu ludzi zdrowych, przy wyłącznej dyecie białkowej, również występują znaczne ilości acetonu; w tym jednakże przypadku dodatek do pożywienia małych nawet ilości węglowodanów znosi acetonurę, jakkolwiek na rozpad białka nieznaczny to tylko wpływ wywiera. Niemniej i u dyabetyków często spostrzegać się daje acetonurya przy wcale niezwiększonym rozpadzie białka.

Sprzeczności te dały autorowi popoch do zajęcia się sprawą acetonu w moczu najprzód ludzi zdrowych i chorych wogóle, a następnie ludzi dotkniętych moczówką cukrową w szczególności. Co się tyczy pierwszego punktu, to doświadczenia autora, wykonane w tym kierunku (około 20 osób), wykazały co następuje:

U każdego zdrowego człowieka przy wyłącznej dyecie białkowej można sprowadzić acetonurę, która dochodzi do *maximum* 6—12 dnia. Ilość dobową acetonu waha się w granicach 200—900 mg. (Ścisłe biorąc, i w zupełnie normalnych warunkach w moczu ludzkim wykryć można aceton; ilość jego jednak na dobę nie przewyższa 10—30 mg.). Przy bardzo obfitem wydzielaniu acetonu zjawić się nawet może odczyn GERHARDT'a z chlornikiem żelaza, wykazujący obecność kwasu acetooctowego w moczu. Przy obfitem pożywieniu białkowym acetonurya jest mniejsza, niż przy umiarkowaniu. Czy podawano przytem na potrzeby ustroju obfitość tłuszczu, lub nie, pozostaje to bez wpływu. Wydzielanie acetonu więc nie zależy od rozpadu białka ustrojowego.

Dodatek 50—100 gr. węglowodanów do dziennego pożywienia wystarcza, ażeby acetonurya znikła, przyczem znikanie acetonu następuje już w 2—4 godzin po spożyciu węglowodanów. Najdzielniejszymi z węglowodanów w tym kierunku okazały się: krochmal (chleb lub kartofle), cukier trzcinowy, gronowy, mleczny, mannit. Bez wpływu na acetonurę był alkohol, gdy gliceryna w ilościach 50—100 grm. dawała wyniki świetne. Działalność mięśniowa pozostawała bez wpływu. Oprócz tego autor próbował zupełnie bezskutecznie działania rozmaitych środków lekarskich, jak sól gorzka, olej rycynowy, makowiec, morfina, salicylan sodu, antypiryna.

Oprócz fizyologicznej i cukrzycowej, notowano acetonurę w chorobach żołądka, w raku i gorączce. We wszystkich jednak tych przypadkach autor mógł usunąć acetonurę zapomocą węglowodanów, i odwrotnie, przez odjęcie tychże wywołać to zбочzenie napowrót.

Przebieg acetonuryi u takich chorych był wogóle ten sam, jak u zdrowych. Nawet u gorączkujących nie znajdował autor nigdy więcej acetonu w moczu, niż 5—800 mg. t. j. tyle co u zdrowych. 100 grm. cukru trzcinowego lub gronowego, podane w kawie, herbacie lub wódce, wystarczało do utrzymania acetonuryi w granicach fizyologicznych, gdy tymczasem rozpad białka, wywołany przez gorączkę i niedostateczne pożywienie, trwał niezmiennie. Osobne więc formy acetonuryi, dotychczas przyjmowane jako *acetonuria gastrica*, *febrilis* lub *carcinomatosa*, nie istnieją wcale.

Oдноśnie do acetonuryi w cukrzycy wyniki autora były następujące:

W lekkich formach cierpienia przebieg acetonuryi jest taki sam, jak i u zdrowych osobników. W ciężkich przypadkach acetonurya trwa pomimo podawania węglowodanów. Węglowodany, które po większej części w cukrzycy pozostają w ustroju nie rozłożone, straciły zatem zdolność sprowadzania rozkładu acetonu. Tylko przy bardzo obfitem żywieniu węglowodanami acetonurya nieco się zmniejsza i brunatne zabarwienie moczu od dodania chlorniku żelaza czyli t. zw. *d y a c e t u r y a* znika.

Dotychczas obecności acetonu w moczu przy moczówce cukrowej nie czyniono zależną od glikusuryi, objaśniając sobie acetonurę wyłącznie rozpadem białka ustrojowego, co, jak wykazano wyżej, jest błędne; jednoczesne występowanie acetonu i cukru w moczu w myśl poglądów autora daleko pewniej jest uważać jako skutek zaburzenia przemiany materii oдноśnie do rozpadu węglowodanów przy tem cierpieniu.

Przechodząc do wartości prognostycznej powyższych poglądów, autor zaznacza, że dotychczas na ilość i wahania acetonu przy moczwóce nie zwracano uwagi; dopiero, gdy w moczu wystąpił odczyn na kwas acetoctowy, uważano to za objaw groźny i zwiastun śpiączki cukrzycowej. Zdaniem autora, osnutem na ścisłym badaniu 6 przypadków, stale zwiększająca się acetonuria idzie zawsze w parze z upadkiem sił i jest zapowiedzią zbliżania się śpiączki. Przy rokowaniu w cukrzycy uwzględniać należy jednocześnie glykosurię i acetonurię, przyczem ta ostatnia jest ważniejsza. Wadliwe przyswajanie cukru powodować może upadek odżywiania, bezpośrednio jednak śmiercią nie zagraża, torować tylko może drogę np. zarazie gruźliczej; obfita zaś acetonuria bezpośrednio prowadzi do dyacetyury, kończącej się śpiączką dyabetyczną. (Jaka jest rzeczywista istota śpiączki dyabetycznej, autor w to nie wchodzi, przypuszcza tylko, że wraz ze zwiększającą się ilością acetonu zwiększa się też ilość nieznanego nam dotychczas jadu dyabetycznego, powodującego śpiączkę.

Kwas acetoctowy, znajdujący się w moczu na szczycie dyacetyury, usunąć się daje zapomocą tych samych środków, które zmniejszają acetonurię, jest więc rzeczą niezmierniej wagi śledzić przebieg wydzielania się acetonu.

Co się tyczy terapii śpiączki dyabetycznej, autor mniema, że wraz ze zmniejszeniem wydzielania acetonu niszczy się też jad, powodujący śpiączkę, wydaje się więc racjonalnem, wobec grożącej śpiączki, zwalczanie acetonuryi odpowiedniami środkami, a więc podawanie dyabetykowi obfitego pożywienia krochmalowego. U dyabetyków z obfitem wydzielaniem acetonu należy stosować dietę mieszaną. W rozwiniętym napadzie śpiączki mączka nie może być wchłonięta w należytej ilości, podawanie więc jej jest zbyt ciężkie; w takich razach wypróbować należy glicerynę (100—180 grm.), która, jak wykazały badania autora, znakomicie wpływa na rozkład acetonu.

Pracę swą autor kończy następującemi wnioskami:

U ludzi zdrowych, przy wyłącznem białkowym i tłuszczowem pożywieniu, w moczu znajduje się aceton w zwiększonej ilości. Dodatek do pożywienia węglowodanów przeszkadza powstawaniu czy też sprowadza rozkład wytworzonego acetonu w ustroju. Czy białko ustrojowe ginie, czy nie, jest to bez żadnego wpływu na stan acetonuryi. Przy bardzo obfitej acetonuryi można wykryć także obecność kwasu acetoctowego w moczu.

W tych przypadkach moczwówki cukrowej, gdzie spożywane węglowodany po większej części nie zostają utlenione, występuje znaczna acetonuria, pomimo podawania węglowodanów. Tylko przy bardzo obfitem przyjmowaniu węglowodanów lub dodawaniu do pożywienia gliceryny zmniejsza się wydzielanie acetonu *resp.* kwasu acetoctowego. Niektórzy chorzy, zmarli wśród objawów śpiączki dyabetycznej, okazywali obok zwiększającego się upadku sił stopniowe zwiększanie się acetonuryi.

Innej formy patologicznej acetonuryi, oprócz dyabetycznej, przyjmować nie należy, gdyż przy wszystkich chorobach (gorączka, rak, cierpienia żołądka), przy których dotychczas aceton w zwiększonej ilości w moczu znajdowano, przyczyną acetonuryi było niedostateczne spożywanie węglowodanów. U takich chorych przez podanie mączki lub cukru acetonuria zanikała.

(*Deut. med. Woch.* 38—1893).

Wł. Zawadzki.

155. LEVY i KNOFF. **Skombinowane leczenie błonicy papayotyną i kwasem karbolowym.** Autorzy w klinice chorób dziecięcych w Strasburgu przeprowadzili na drodze doświadczalnej i klinicznej próby leczenia błonicy papayotyną wraz z kwasem karbolowym. Z jednej strony przekonali się, że papayotyna w wysokim stopniu osłabia działanie jadu błonicowego, z drugiej zaś strony w zetknięciu z żywymi bakteriami bez środka przeciwnilnego nie przeszkadza ich rozwojowi. Z tego powodu postanowili oni przeprowadzić próby u człowieka w ten sposób, że współcześnie stosowali miejscowo kwas karbolowy i papayotynę. Papayotyna przez swe rozpuszczające działanie na błony ma sprzyjać wniknięciu kwasu karbolowego do głębszych warstw; kwas karbolowy ze swej strony ma zabijać bakterye i dawać możność papayotynie osłabienia jadu błonicowego. Błony błonicowe w mieszaninie 10% papayotyny i 5% kwasu karbolowego rozpuszczają się nieco wolniej, niż w samym 10% roztworze papayotyny.

Użyty w klinice roztwór miał skład następujący: Rp. *Papayotini* 10,0. *Ac. carbolicum puri* 5,0 *Aq. dest.* 100,0. Roztworem tym w ciągu 2 pierwszych godzin pendzlowano co 10 minut, następnie co 2 godziny. Pendzlowanie robiono delikatnie bez usuwania błon. Skutek był prawie zawsze widoczny: po każdym pendzlowaniu błony się zmniejszały, a po kilku godzinach znikały ostatecznie; w wielu przypadkach przy mniej systematycznym stosowaniu pendzlowania, np. w nocy, nalot znowu się pokazywał; rzadko jednak sprawa trwała więcej nad 2 do 3 dni. Przypadki, w których stosowano powyższe leczenie, były po większej części ciężkie. Leczenie powyższe stosowano w 51 przypadkach, z tych 36 zakończyło się wyzdrowieniem (jeden po tracheotomii), 15 śmiercią (pięć po tracheotomii) czyli 71% wyzdrowień, 29% śmierci. Zejścia śmiertelne po większej części zależały od powikłań.

Od czasu wprowadzenia powyższego leczenia śmiertelność od błonicy znacznie się zmniejszyła, szczególnie zaś zmniejszyła się liczba chorych poddanych tracheotomii.
(*Berlin. klin. Woch. N-r* 32. 1893). F. A.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

== W ostatnich czasach stosują lekarze wloścy w przymiocie wstrzykiwanie sublimatu do żył. BACELLI w 2 przypadkach przymiotu mózgu, które opierały się zwykłym metodom leczniczym, otrzymał doskonałe wyniki, przez wstrzykiwanie żylne sublimatu 1‰. W ten sam sposób dr. JEMMA w Genewie wyleczył 2 przypadki przymiotu mózgu, z których jednemu towarzyszyły napady padaczkowe, i 2 inne przymiotu konstytucjonalnego. JEMMA zastosował także wstrzykiwania żylne sublimatu, jako środek przeciwnieżylny ogólny w 6 przypadkach tyfusu brzuszego, 1 przypadku gośca, 1 róży i 1 gruźlicy. Wogóle zrobionych zostało 300 wstrzyknięć; jakkolwiek w ostatnio wymienionych przypadkach wstrzykiwania pozostały bez skutku, wykazały jednak nieszkodliwość metody leczniczej. Wstrzykiwania robione były za pomocą strzykawki PRAVĄ'a, do jednej z powierzchniowych żył skórnych; do rozczynu używana była woda wyjałowiona i wielokrotnie filtrowana. Rozpoczynano od 0,001 i stopniowo dochodzono do 0,004 dziennie. Oprócz lekkiego ślinotoku, który występował wkrótce po wstrzyknięciu, leczenie nie wywołało żadnych działań ubocznych. W przeciwieństwie z powyższem znajduje się praca prof. CAMPANA'y z Genui, z której okazuje się, że w 2 przypadkach przymiotu wstrzykiwania żylne sublimatu dały gorsze wyniki, niż zwykle metody lecznicze. CAMPANA uważa leczenie to za wskazane w tych przypadkach, gdzie idzie o szybkie podziałanie na krążące we krwi pasorzyty, jak np. w malarii, mniej zaś tam, gdzie zniszczyć chcemy zewnątrzkrążyniowe wytwory chorobowe. Według C. wstrzykiwania żylne nie są pozbawione niebezpieczeństwa. (Wien, med. Presse. 38. 1893).

== KLEIN pod kierunkiem WEISCHELBAUM'a zajął się badaniami nad działaniem tuberkuliny. W czasie dokonywania doświadczeń z tym środkiem znajdował K. w narządach

zmarłych suchotników koka, który przedstawiał dużo podobieństwa bądź do paciorkowca ropnego, bądź do koka zapalenia płuc. Masa znajdujących koków nasuwała podejrzenie, że wstrzykiwania tuberkuliny pomyślnie wpływają na ich rozwój. Doświadczenia na zwierzętach wykazały słusność takiego przypuszczenia. Jeżeli dwa króliki jednocześnie zakażone zostały paciorkowcami, i w jeden lub dwa dni później jednemu z nich wstrzyknięto tuberkulinę, to u tego ostatniego sprawa ropna wzmogła się w wysokim stopniu. U pacjenta dotkniętego różą zauważył K. po zastosowaniu tuberkuliny obustronne się już dogasającej sprawy różycowej. Z doświadczeń swoich wyprowadza K. wniosek, że działanie tuberkuliny nie jest swoiste, lecz polega na wzmaganiu się w kokach ropnych własności wywoływania spraw zapalnych zarówno u nie gruźliczych, jak i gruźliczych osobników. (D. m. Woch. 38. 1892).

== D-r THORNER w Cincinnati opisuje następujący przypadek obrzęku krtani z zejściem śmiertelnem po wyjęciu rurki O'DWYER'a: 18 letniemu mężczyźnie, dotkniętemu zwężeniem krtani, wprowadzono najcieńszy z przeznaczonych dla dorosłych tubus. Po 15 godzinach chory, z powodu niemożności łkania, zażądał wyjęcia rurki, po czem bez przeszkody mógł łkać. Po wyjściu na ulicę nagle dostał napadu duszności i skonał na miejscu. THORNER objaśnia przyczynę śmierci obrzękiem krtani, który nagle wystąpił w chwili, gdy ustał ucisk tubusu na naciezione tkanki; radzi przeto nie opuszczać chorego zaraz po ekstubacji. (Annals of ophth. and otol. 3. 1893).

== W towarzystwie lekarzy wiedeńskich mówił DITTEL o metodzie operowania przetok pęcherzowo-pochwowych, których zaszycie zwykłymi sposobami z powodu ich wielkości i położenia przedstawiać może trudności. Sposób DITTEL'a polega na otworzeniu brzucha w linii

środkowej, oddzieleniu macicy od pęcherza za pomocą cięcia poprzecznego i na zeszytciu rany pęcherzowej. Po zaszytciu jamy brzusznej można ranę pochwycić albo także zaszyć, albo założyć gazę jodoformową. (D. m. Woch. 38. 93).

— Kwestya tuberkuliny była pobudką dla D-ra SPIEGLER'a w Wiedniu do badań nad odczynem miejscowym po wstrzykiwaniach podskórnych rozmaitych związków chemicznych. Do doświadczeń użyte zostały środki, należące do najrozmaitszych typów chemicznych: Benzol, Tiofen, Aceton, Tanina, Kadaweryna i inne. Wstrzykiwanie każdego z tych środków wywoływało znaczny odczyn miejscowy w tkankach, dotkniętych wilkiem. Wiele innych, prócz wspomnianych substancji, miało to samo działanie; nie jest ono zatem swoiste dla tuberkuliny, lecz

tylko skutkiem przeniknięcia do krwiobiegu jadu, na który tkanki, znajdujące się w stanie zapalnym, oddziaływają silniej, niż zdrowe. (D. m. Woch. 38—93). Z. S.

— KATZ powstaje przeciwko zbyt częstemu samozatruciu w chorobach żołądka i kiszek. Dowodów chemicznych wytwarzania się jakiegoś jadu dotychczas nie mamy. Objawy, jakie widzimy w podobnych przypadkach, odpowiadają prędszej działaniu zwrotnemu. KATZ zgodnie z poglądami szkoły BOUCHARD'a zapatruje się na zaburzenia, zależne jakoby od samozatrucia jako na refleksy, pochodzące ze strony nerwu błędnego i współczulnego. Następstwa przewlekłego zaparcia stolca objaśnia KATZ również działaniem mechanicznem twardego kału, a nie rezerwacją. (D. m. Woch. 38—93). Z. S.

Wiadomości bieżące.

— Od kol. SUNDERLANDA z Koła otrzymałmy opis przebiegu epidemii cholery w tem mieście, z którego więcej interesujące szczegóły podajemy. Miasto Koło liczy 9000 mieszkańców, w tem 6000 żydów. Pierwszy przypadek cholery spostrzegł kol. BARCEWICZ, 25 lipca r. b.; zachorowała żydówka 39 letnia, stała mieszkanka Koła, która przedtem nie wydalala się z miasta. Pochodzenie epidemii nie zostało zatem wykryte. Do 5 sierpnia były tylko sporadyczne przypadki; odtąd zaczęło chorować po kilkanaście osób codziennie. Największego natężenia dosięgła epidemia 21 sierpnia. Przeważnie dotknięta została część miasta, nowym rynkiem zwana, należąca do najstarszych i najbardziej zacieśnionych dzielnic, zamieszkała wyłącznie przez żydów. Domy tu niskie, z małemi podwórzami, bez wychodków. Cała płaszczyzna nowego rynku ma spadek ku rzece Warcie; na wiosnę ulega w znacznej części zalewom. Na przedmieściu Koła, zamieszkałem głównie przez ludność rzemieślniczą, chrześcijańską, epidemii prawie nie było. Najwięcej osób zapadało w niedzielę i w poniedziałki. W każdym prawie przypadku udawało się stwierdzić poprzedzającą kilkuniedniową biegunkę i nieodpowiednie żywienie się. Epidemia zaczęła gasnąć z początkiem września. Wogóle od 25 lipca do 15 września zachorowało 344 osób (żydów 204, chrześcijan 140), zmarło 164 (żydów 101, chrześcijan 63). Stosunek zmarłych w szpitalach prowizorycznych i w domu był mniej więcej jednakowy. Poszukiwań bakteriologicznych nie robiono.

— Od p. D. Dudzińskiego, prowizora farma-

cji, otrzymujemy wiadomość, iż w mieście Poręcku, Wołyńskiej gub., potrzebny jest lekarz. Właściciel miasteczka hrabia Tadeusz Czacki przeznacza bezpłatnie: domek na mieszkanie, składający się z kilku pokoi, ogródek, drzewo na opał i 100 rs. rocznie zapomogi bez najmniejszego za to zobowiązania.

— Niedawno zmarły profesor chirurgii w Turynie D-r PASCHIOTTI zapisał majątek swój w ilości miliona lirów na rzecz uniwersytetu turyńskiego dla rozwoju nauki lekarskiej.

— Znany higienista prof. FINKELNBURG w Bonn obchodził w dniu 16 sierpnia 40-letni jubileusz doktorski i w krótkce ma usunąć się od obowiązków profesorskich.

— Z inicjatywy towarzystwa lekarzy szpitalnych w Marsylii ustawiono i odsłonięto bust Jakóba DAVIEL'a, który w mieście tem wykonał pierwszą operację katarakty. Odsłonięcie pomnika miało miejsce w dzień 200 rocznicy urodzin DAVIEL'a.

— W Królewcu wkrótce obchodzony będzie 25-letni jubileusz działalności profesorskiej znanego fizjologa HERMANN'a.

Zmarli: W ubiegłym miesiącu Julian BUTRYM w Chełmie, w wieku lat 54. Gimnazjum kończył w Szawlach, medycynę w uniwersytecie moskiewskim. Rzucany tu i owdzie losem, osiadł na jakiś czas w Dubience, następnie w Chełmie i wreszcie w Hrubieszowie. Zgon jego przyspieszyły moralne cierpienia. Pokój Mu!

— Henryk LEWENSTAM, lekarz zdrowoj w Ciechocinku, w wieku lat 42.