

GAZETA LEKARSKA.

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

Cena Gazety Lekarskiej: w Warszawie: rocznie 5 rs., półrocznie 2 rs. 50 kop., na prowincyi, w Cesarstwie i za granicą: rocznie 6 rs., półrocznie 3 rs.

Cena ogłoszeń: Trzy pierwsze po kop. 15 za wiersz drobnem pismem, lub za jego miejsce następne po kop. 10.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. Gajkiewicz Władysław. Wydawca: Dr. Kondratowicz Stanisław

Adres Redaktora. Marszałkowska Nr. 115. Adres Wydawcy: Marszałkowska Nr. 119.

OGŁOSZENIA.

Labolatoryjum Chemiczne

przy APTECE

A. RAKOWSKIEGO

w ZAWIHOŚCIE.

POLECA:



1885

Syrop Podfosforonu wapnia i Forgeta, analizowane przez W. Dr. Nenckiego
Syrop Mlekana żelaza z winem
Pigułki z jodku żelaza (Blancarda)
Wino chinowo-kakaowe Bugeaud
Elixir, kit i proszek do zębów czarny z chiną
Wodę leśną wyborowego zapachu.

Skład dla Warszawy u W. Waligórskiego ulica Nowy-Świat Nr. 42.



1885

D-r. Tymowski,

praktykuje, jak lat poprzednich

w San Remo.

8—2

D-r. med. Stanisław Prager,

ordynuje w Meranie od 1-go Października r. b.

6—4

Lekarz Starobielskiego powiatu guberni Charkowskiej, z pensją etatową rs. 900 i wolną praktyką, życzy sobie zmienić się z kolegą zajmującym jakąś posadę rządową w Królestwie, w mieście gdzie się znajdują gimnazjum męskie i żeńskie. Bliższa wiadomość w Redakcyi Gazety Radomskiej pod lit. G. S. 2—2

PASTYLKI HOUDÉ'GO zawierające Chlorek Kokainy.

Nasze pastylki z chlorkiem kokainy w skutek swego działania miejscowego znieczulającego i w skutek innych swych własności sprawiają bardzo znaczną ulgę i uspokajają bóle w chorobach gardła, przy zakatarzeniu, przy chrypcy, przy utracie głosu i w zapaleniach krtani wszelakiego rodzaju.

Przy użyciu tych pastylek, kłucie, łechtanie i uczucie podrażnienia w gardle ustępują, a struny głosowe ulegają wzmocnieniu. Pastylki rzezione oddają również wielkie usług przy leczeniu chorób przelyku i żołądka, ułatwiając polykanie.

Dawka. Każka pastylka zawiera jeden miligram chlorku kokainy.

Sposób użycia. Stosownie do wieku 6 do 12 pastylek przez dzień. Przyjmować je należy przynajmniej na godzinę przed jedzeniem—rozpuścić w ustach, i następnie połknąć.

Skład główny: w aptece A. Houdé 42 rue du Faubourg St. Denis, Paris; znajdują się oraz we wszystkich aptekach Warszawy.

4-4i

PAPIER FAYARD et BLAYN

PARYŻ, rue Saint-Merry 30.

Leczy: katary, choroby piersiowe, reumatyzmy, oparzenia i nagniotki.

APTEKA M. SOŁTYKIEWICZA

DZIERŻAWIONA PRZEZ

BOLESŁAWA BUKATEGO

ulica Graniczna Nr. 10 w Warszawie.

Mam zaszczyt zawiadomić, że przygotowuję specjalnie następujące przetwory lecznicze które zresztą zostały już wypróbowane przez wielu z Szanownych Panów Doktorów.

1. **Jodoformium desodoratum.** Jodoform, odwoniony za pomocą **mojej metody**, nie nie traci pod względem skuteczności leczniczej a zapach stale posiada bardzo przyjemny. Wielu Szanownych P. Doktorów przekonało się, że moja metoda odwaniania jodoformu przewyższa wszelkie inne podziśńdzien znane. Przepisywać go można w różnej postaci, a mianowicie: w kryształach, proszku, maści, świeczkach, gąłkach i t. d.. Cena taka sama, jak jodoformu zwyczajnego.

2. **Ziółka** przeczyszczające na sposób **Chambarda** eo do składu swego w niczem się nie różniące od oryginalnych, znanych pod nazwą „Thé purgatif de Chambard“; działają w sposób niezawodny a zarazem bardzo łagodny we wszelkich cierpieniach, tak ostrych, jak przewlekłych, w których idzie o działanie wypróżniające. Cena dozy wraz z pudełkiem kop. 75.

3. **Kataplazm płócienny z lnianego siemienia** znany pod nazwą **Hamilton**, w niczem się nie różni od oryginalnego. Po licznych próbach, dokonywanych przez wielu Szanownych Panów Doktorów, tak w praktyce prywatnej jako też w Szpitalach Warszawskich, uznany został za środek leczniczy bardzo praktyczny i niezmiernie skuteczny. Pudełko zawierające sześć sztuk i odpowiednią ilość ceratki nieprzemakalnej kosztuje kop. 75. Można również nabywać go w pojedynczych sztukach po kop. 15.

z poważaniem

B. BUKATY.

GAZETA LEKARSKA.

Treść. I. L. Lesser. O żylakach (*Varices*) — II. W. Sztembart. Wycięcie nadpochwowe macicy z jajnikami z przyczyny mięsaka trzonu macicy, (*Myo-sarcoma uteri, amputatio supra vaginalis uteri*). — III. L. Nenecki. Sprawozdanie z działalności pracowni chemiczno-lekarskiej szpitali warszawskich za rok 1884. — *Przegląd biblijograficzny.* Sbornik lekarsky. Časopis pro péstování vědy lékařské. Redigují prof. J. Hlava i doc. J. Thomayer. Ocenil T. Dunin. — *Dział sprawozdawczy.* 50. Nicaise, Poulet i Vaillard. Hygromaty i zapalenia pochwewek ścięgniętych zawierające ciała ryżowate przyrody gruźliczej. — Wiadomości bieżące. — Dodatek. — Ogłoszenia.

I. O ŻYŁAKACH¹⁾.

(*Varices*).

Podał

Dr L. Lesser,
docent prywatny chirurpii w Lipsku.

W nauce o chorobach żył panowały obok siebie, lub po sobie, dwie teoryje pod względem przyczyn powstawania żylaków. Jedni zaliczali żylaki do szeregu naczynek, nowotworów hemoroidalnych; drudzy wyprowadzali rozszerzenia żył od przeszkód w odpływie krwi żyłnej. Na potwierdzenie tego ostatniego poglądu przytaczano cały szereg dowodów, które znaleźć można w podręcznikach chirurgicznych (porów. np. A. Otto Weber. Chirurgija Pithy i Billroth'a. Tom II, część II, str. 125). Jako rzecznik pierwszej z tych teoryj wystąpił przede wszystkim Puchelt (*Das Venensystem in seinen krankhaften Verhältnissen*. Lipsk. 1843), który zarazem uwzględnił wyczerpująco dawniejszą odnośną literaturę.

Podobnie Briquet (*Thèse sur la phlébectasie etc.* Paryż. 1824) przeprowadził ściśle rozgraniczenie między rozszerzeniami żył i żylakami, pogląd zaś jego posłużył późniejszym badaczom, a także i Puchelt'owi za podstawę do ich wniosków.

Występując w niniejszym artykule za ściślejszem odróżnieniem żylaków od rozszerzeń żył, aniżeli to miało miejsce w ostatnich dziesiątkach lat, czynię to na podstawie pewnych faktów, które, jak sądzę, po części uwzględnione nie były, a jednak zasługują w wysokim stopniu na uwagę.

Badając bliżej kończynę dolną dotkniętą żylakami, dostrzegamy zazwyczaj trzy następujące szczegóły: Najprzód: 1) że wielkie pnie żyłne podskórne, sinawo przeświecające, jakkolwiek są rozszerzone, zachowują jednak prawidłową postać i przebieg pod skórą. Tyczy się to przede wszystkim żyły zaskórnej wielkiej (*v. saphena magna*), na co już Briquet zwracał uwagę. 2) Skręty ży-

¹⁾ Praca niniejsza podana została jednocześnie i do Archiwu Virchow'a.

laków napotyka się, zwłaszcza w początkach cierpienia, w pewnych ściśle określonych miejscach, mianowicie: na bocznych powierzchniach palców stopy, zwłaszcza trzech pierwszych ponad stawem golenio-skokowym; ponad kostką wewnętrzną, rzadziej ponad zewnętrzną; pośrodku łydki ponad wewnętrznym i zewnętrznym brzuścem mięśnia bliźniaczego łydki (*m. gastrocnemius*); w dole kolanowym bliżej kłykcia wewnętrznego kości udowej; prócz tego pośrodku uda, częściej na stronie wewnętrznej niż na zewnętrznej.

Skrety żyłaków pokryte są skórą często cienką jak papier, która przesuwalną jest zwykle razem z żyłakami, rzadko zaś tylko ponad nimi.

Wreszcie 3), przyglądając się najdrobniejszym żyłakom widzimy, że przedstawiają się one jako czerwonawo przeświecające, często gwiazdowato ułożone lub wreszcie kręto przebiegające rozszerzenia żył skórnych, to jest, że powstają z najdrobniejszych żyłek w skórze, gołym okiem niedostrzegalnych. Na tych rozszerzonych żyłkach dostrzedz można bardzo wczesnie pęcherzykowate przyścienne wydęcia, które po części leżą na jednym poziomie ze skórą, po części wystają ponad nią w postaci drobnych guzikowatych wyniosłości, napełnionych czerwono przeświecającą krwią. W miarę powiększania się wydęć, skóra ciemnieje coraz bardziej ponad przyściennymi wypukleniami, tak, że w końcu niemal sam tylko naskórek pokrywa żyłaki. Jeżeli posunięciem ręki po skórze opróżnimy z krwi żyłakowato rozszerzone żyły, wtedy się przekonamy, że zapadnięta żyła leży w rowku, czyli półkanale, jakoby wyżłobionym w skórze, ta ostatnia zaś przedstawia się zupełnie niezmienioną w budowie, to jest niezgrubiałą. Rokitański (*Lehrb. d. path. Anat.* T. II. Wiedeń. 1856, str. 367) wspomina o rynienkach w podściółce tłuszczowej, w których żyły są umieszczone.

Zaburzenia odżywcze, którym skóra ulega przy rozszerzeniu żył powierzchownych, są dwojakiego rodzaju: Albo skóra przedstawia się zanikłą, często jak papier ścienczałą, wiotką, połyskującą, nierówną na powierzchni (jak skóra między bliżenkami — *vibices* — na brzuchu u kobiet, które wielokrotnie rodziły). Przytem następuje często rozpad naskórka w postaci wyprysku *eczema varicosum*, który może zajmować znaczną część goleni i upoczywie sprzeciwiać się leczeniu.

Albo też przeciwnie skóra ulega przerostowi, który zaczyna się obrzękiem limfatycznym. Jeżeli ten ostatni ogranicza się do samej tylko skóry, wtedy powstaje jednostajne, gładkie i połyskujące zgrubienie skóry, nieznacznej twardości, na kształt gładkiej słoniowacizny (*Elephantiasis glabra s. mollis*). Jeżeli zaś żyłakowatemu rozszerzeniu podlegają, oprócz żył skórnych, także i gałązki łączące je z żyłami podskórnymi, wówczas wytwarza się jednocześnie obrzęk limfatyczny podskórny, a w następstwie tego rozwija się brodawkowate, guzikowate lub gruzelkowate zgrubienie całej skóry; skóra staje się bardzo twardą, zwłaszcza wskutek rogowatego zgrubienia naskórka (Rokitański l. c. str. 367). W tym razie, głównie w miejscach wystawionych na ucisk lub tarcie, występuje wczesnie rozpad naskórka w postaci wyżej wzmiankowanego wyprysku, *eczema varicosum*. Wkrótce jednak rozpad rozszerza się na części głębsze, a sprzyja temu często ograniczony zakrzep w żyłakach. W ten sposób powstają znane powszechnie żyłakowate wrzody goleni.

Ponieważ rozszerzeniu ulegają nie tylko drobne żyłki skórne, lecz także i żyły mięśniowe, przeto spotykamy też zanik mięśni łydki i żyłki tychże (por. Virchow, *Geschwülste*, t. III, str. 484 — o naczyniakach żylnych — oraz Verneuil *Gaz. Hebdom.* 1861, str. 418). Jeżeli pod wpływem bodźców mechanicznych lub zapalnych nastąpi zakrzep w obrębie pojedynczych sznurków lub skrętów żyłkowych, natenczas rozwija się miejscowy zastój z szybkim częstokroć i posuwającym się rozpadem otaczającej skóry. Rozpad może być także bezpośrednio wywołany przez ograniczone zakrzepowe zapalenie żył (*Trombophlebitis* — Rokitański l. c. str. 367). Wszelako nawet przy rozległych skrzepach nie zawsze powstają znaczniejsze zaburzenia w krążeniu, a dowodem tego jest okoliczność, że często nie wytwarza się obrzęk zastoinowy. W ogólności przy żyłkach na pierwszy plan występują zaburzenia odżywiania rozmaitych tkanek, nie zaś zakłócenia w krążeniu. I tak np. w blednicy, zastój krwi w skórze rąk i nóg występuje na jaw daleko wyraźniej w postaci znanej sinicy, aniżeli przy istnieniu żyłaków.

Z pracy doświadczalnej Sotniczewskiego (*Virch. Arch.* 1879, T. 77), wykonanej pod kierunkiem zmarłego prof. Cohneim'a, nad obrzękiem zastoinowym, wynika, że zamknięcie żył w wielu nawet miejscach na jednej kończynie, zwłaszcza na jednej dolnej, nie sprowadza obrzęku, a więc i zastoju. Można też było z góry przewidzieć, że w tym razie nie utworzą się trwałe rozszerzenia żył. Natomiast obrzęk zastoinowy powstawał wtedy, gdy zamkniętą została główna gałąź żylna zapomocą sztucznego skrzepu (nastrzyknięcie gipsu) na znacznej przestrzeni, podobnie jak przy *phlegmasia alba dolens*.

Wobec tego faktu, w razie gdyby mechaniczna teoria wytwarzania się żyłaków była słuszną, można było się spodziewać, że przez pozostawienie zwierząt przez dłuższy czas przy życiu po zamknięciu głównych pni żylnych na nogach, otrzyma się trwałe rozszerzenie żył i żyłaki. Do pierwotnego obrzęku zastoinowego mogłoby się dołączyć rozszerzenie żył, jako wyraz wstawionych znacznych przeszkód w obrębie żylnego krwiobiegu.

Zwierzęta, na których Sotniczewski wykonywał doświadczenia, ginęły w kilka dni po wstrzyknięciu gipsu do żył. Jeżeli jednak wstrzyknięcie rzadkiego gipsu wykonane będzie z zachowaniem możliwej czystości, przy zastosowaniu metody przeciwnilnej (gips czysty, przegotowana woda przefiltrowana, czyste narzędzia), natenczas operacja dana, *resp.* zamknięcie głównych pni żylnych zwierzęta znoszą bez żadnej szkody. Gips można wprowadzić przez gałązkę żylną na łapie zwierzęcia dowolnie wysoko, nawet aż do żyły głównej dolnej. W tym ostatnim razie, należy wprzód otworzyć jamę brzuszną zwierzęciu i prowizorycznie podwiązać żyłę główną dolną; gips doprowadza się aż do ligatury; po stężeniu gipsu oddala się podwiązkę i zaszywa jamę brzuszną.

Powyższa metoda mogłaby być zastosowaną także i w fizjologii, w celu badania stosunków krążenia.

Zgodnie z opisem, podanym przez Sotniczewskiego, po nastrzyknięciu występują objawy obrzęku zastoinowego i trwają 6—8 dni, poczem znikają zupełnie; zwierzęta, które oszczędzały nogi operowanej, zaczynają jej używać.

Zwierzęta mogą być obserwowane przez czas dowolnie długi. Zwykle jednak zabijałem je po połowie 3—5 tygodni (zapomocą chloroformu), gdyż kończyły nie przedstawiały żadnej nieprawidłowości. Gałąź żylna, zamknięta wstrzykniętym gipsem, dawała się wyczuwać w postaci twardego powrózka aż do miejsca, w którym nałożono opaskę uciskającą, albo do nasady kończyny.

Przy preparowaniu żył okazało się, że żyły skórne i podskórne były nieznacznie tylko rozszerzone. W naczyniu zamkniętym leżał mniej lub więcej do ściany przylegający wałek gipsowy, połamany w poprzek w odstępach kilku centymetrów, pośrodku biały, od zewnątrz zaś pokryty blaszkowatymi skrzepami krwi.

Do gałązek żylnych bocznych, masa gipsowa wystawała w postaci czopków, na których wierzchołku znajdowały się białe lub mieszane zakrzepy, albo też czerwone skrzepy krwi. Podobnie rzecz się miała z ośrodkowym końcem wałka gipsowego.

Tak więc sztuczne zatkanie głównego pnia żylnego na nodze psa nie pociągnęło za sobą żylakowatego rozszerzenia żył. Otrzymano zaledwie przemijający i zdrowiu zwierzęcia zgoła nie szkodliwy obrzęk zastoinowy i proste rozszerzenie obocznych żył podskórnych, jakoteż żylnych siatek skórnych. Zarzut, że zwierzęta pozostawały przy życiu przez czas za krótki, upada wobec tego, że je obserwowano tak długo, dopóki tylko istniały jakiegokolwiek ślady zaburzeń w żylnym krwiobiegu kończyny. Zadanie doświadczenia w danym kierunku było jednak wypełnione.

Wobec ujemnych wyników powyższych doświadczeń, zyskiwał poparcie pogląd, że żylaki nie wytwarzają się wskutek mechanicznych zaburzeń krążenia i że na tej drodze wogóle niepodobna żylaków otrzymać.

Uważne badanie rozszerzeń żylnych, zdarzających się np. na szyi przy wadach serca, lub wytwarzających się w tak wysokim stopniu przy tętniaku tętniczo-żylnym (*aneur. arterioso-venosum*), doprowadza do tych samych wniosków i stanowi fakt kliniczny, usuwający zarzut zanadto krótkiej obserwacji zwierząt do doświadczeń użytych. W pierwszym przypadku podczas zwracania się krwi, ściana żyły zostaje rytmicznie, trwale rozszerzoną. Przy tętniaku tętniczo-żylnym, wpływa krew tętnicza po części wśród rytmicznego rozszerzenia światła żyły. A jednak ani w tym ani w tamtym przypadku, nie widzimy żylakowatych rozszerzeń na żyłach, lecz tylko jednostajne cylindryczne lub banieczkowate wydęcia naczyń. Niemniej także rozszerzenie żył w skórze na nowotworach, uważane za patognomiczne, przedstawia tylko rozszerzenie, nie zaś żylaki.

Natomiast prawdziwe żylaki spotykamy na samych nowotworach i w ich wnętrzu, zwłaszcza w guzach jajnika i macicy; na żyłach tarczowych przy wolu i na błonie śluzowej jamy ustnej i warg; na skórze nosa; na skórze ciała, zwłaszcza na nogach, aż ponad pośladki; dalej na prąciu, na sznurku nasiennym; wewnątrz sromu i w *trigonum urethrale* u kobiet, a także na wargach sromnych.

Mechaniczne przeszkody w krążeniu spowodują więc wszędzie tylko proste rozszerzenie żył. Do wytworzenia żylaków potrzeba natomiast bujania ściany naczyniowej, wzrostu jej w kierunku długości i szerokości. Skoro zaś powstawanie żylaków polega na sprawie

wzrostowej, która jest także przyczyną prawdziwych (w zarodku poczętych) nowotworów, przeto pojmiemy, dlaczego niepodobna żyłaków otrzymać sztucznie, drogą doświadczalną, tak samo jak nie można wytworzyć nabłoniaka lub mięsaka przez drażnienie komórek nabłonkowych, lub łączno-tkankowych, powstałych w okresie życia zewnątrz-macicznego. Dalszy dowód nowotworowej przyrody żyłaków znajdziemy, jeżeli się zastanowimy na jakich żyłach w ogólności żyłaki się wytwarzają.

Na podstawie badań Tom s'y i Stirli n g'a nad skórą (*Berichte d. math.-phys. Unt. d. Königl. Gesellsch. d. Wiss. zu Leipzig*, 21 Lipca. 1875) wiadomo, że naczynia krwionośne posiadają ściśle określony układ, taki mianowicie, że od pni przebiegających pod skórą wznoszą się ku górze (*resp.* do nich dochodzą) gałązki, które wprost udają się do rozmaitych narządów, znajdujących się w skórze (torebki włosowe, gruczoły łojowe, brodawki nerwowe, *event.* gruczoły potowe, zraziki tłuszczowe) i oplatają je siateczką najdrobniejszych naczynek. Innych drobnych naczyń w skórze nie ma.

Te siatki naczyniowe, oplatające wzmiankowane narządy, są także punktem wyjścia większej części naczynek, a ztąd te ostatnie znajdujemy zwykle w mniejszej lub większej głębokości pod powierzchnią skóry. Można się o tem łatwo przekonać przy badaniu drobnowidzowem, a również gołym okiem; poznajemy ten stan rzeczy na mocy barwy nowotworu i grubości skóry, po nad nim się znajdującej. I tak napotykamy naczyniaki ciemno-niebieskie. pod skórą lub prawie podskórnie umieszczone, oraz także nowotwory barwy malinowo-czerwonej, pokryte zaledwie tylko powłoką naskórka, których powierzchnia przedstawia się jako wyraźnie gruczołowata, z powodu wystawiania rozbujanych pętlic naczyń, leżących w brodawkach (porównaj Virchow, *Geechwülste* T. III. Część 1. str. 408—416).

Podobnie rzecz się ma przy rozwoju żyłaków.

Na poparcie zdania, że przy wytwarzaniu się żyłaków udział główny biorą drobne żyłki skóry właściwej, a także zapewne gałązki łączące te ostatnie z żyłami podskórnymi, można przytoczyć następujące fakty:

1) Wzmiankowaną powyżej obecność drobnych rozszerzeń żylnych w skórze obok rozwiniętych żyłaków. Drobne te żyłki są znacznie liczniejsze aniżeli w skórze prawidłowej. Spostrzegając chorych przez czas dłuższy, przekonywamy się, że na miejscu tych drobnych żyłaków występują większe skrety żyłkowe, a raczej właściwie mówiąc, z nich się rozwijają. Wyraźnie widzimy to na skórze nóg i brzucha, wyraźniej jeszcze na błonie śluzowej dróg płucnych u kobiet, w odbycie, a także na błonie śluzowej jamy ust i warg, na migdałkach i na tylnej ścianie gardzieli.

2) Jeżeli żyłaki znajdują się powierzchownie, to skóra nie jest przesuwalną po nad nimi, ale z nimi razem. Skóra pokrywająca żyłaki jest zcięnczałą, często jak papier. Za przyczynę tego podają zanik skóry pod wpływem żyłaków (Rokitansky l. c. str. 367). Jeżeli jednak przez posunięcie ręką, oddalimy krew z takiego powierzchownego żyłaka, doznajemy wrażenia jak gdyby żyłak umieszczony był w wyraźnym rowku pośród skóry (patrz wyżej). Przyczyną tego miało znów być zgrubienie tkanek dookoła żyłaka. Tymczasem trudno

wyobrazić sobie, dlaczego żyłak miałby działać w jednym kierunku w sposób sprowadzający zanik tkanek, w innym kierunku zaś miał powodować ich zgrubienie. O wiele prostszemu wydaje się objaśnienie, że żyłaki rozwijają się w samej skórze i że stosownie do głębokości, w której przebiega rozszerzona żyła, będzie ona pokryta raz cieńszą, drugi raz grubszą warstwą skóry wraz z naskórkiem, gdy tymczasem rowki (półkanały), w których rurka naczyniowa leży, są tylko szczelinami w skórze, rozszerzonymi przez powiększoną żyłę.

3) Powierzchnowe położenie żyłaków względem podskórnych naczyń limfatycznych. Poznanie tych stosunków zawdzięczam uprzejmości prof. Teichmanna z Krakowa, który dostarczył mi odpowiednich preparatów. Jeden z najlepszych przedstawiam na załączonej tablicy; rysunek ten przygotowany został z fotografii zdjętej wprost z preparatu, a naczynia limfatyczne dla lepszego uwydatnienia według oryginału białym kolorem podmalowano.

Preparat prof. Teichmanna (lewa noga) przedstawia żyłaki na grzbietowej stronie pierwszego członka palucha, ponad guzowatością kości łódkowatej i w skórze podeszw. Żyłaki te przechodzą w skręty żył dokoła kostki wewnętrznej, lewej strony. Na stronie przedniej, widzimy żyłakowate skręty ponad *sinus tarsi*, prócz tego rozszerzoną żyłę 4 ctm. powyżej kostek przebiegającą ukośnie na środek kości goleniowej, oraz podobną żyłę na górnej części nasady tejże kości. Siatka żylna na rzepce jest również żyłakowato rozszerzona. Na udzie dostrzegamy pojedyncze skręty żyłaków ponad kłykiem wewnętrznym kości udowej, wstępujące ku górze nad żyłę zaskórną wielką. Największy zwitek żyłaków oplata niejako wewnętrzny brzusiec mięśnia łydkowego, z boku i z tyłu, prawie w całym obrębie dwóch trzecich górnych goleni. Przebieg naczyń limfatycznych pod żyłakami jest bardzo wyraźny na udzie, w *sinus tarsi*, zwłaszcza zaś na podeszwie, na kostce wewnętrznej, a przedewszystkiem w okolicy łydki, gdzie skręty żyłne widocznie występują, po zniszczeniu skóry w preparacie. Natomiast gdzie naczynia limfatyczne leżą na żyłach, *resp.* obok nich, tam żyły przedstawiają zwykły przebieg; przedewszystkiem występuje pień żyły zaskórnej wielkiej, dający się śledzić w postaci prostego grubego powrózka począwszy od palucha, aż do więzła Poupart'a. Pomijając inne szczegóły, zwróć jeszcze uwagę na tę okoliczność, że przytoczone stosunki stwierdziłem na kilku innych preparatach i znalazłem je podobnemi.

Żyłaki nie tylko rozwijają się na tych samych naczyniach, z których zwykły wytwarzać się naczyniaki, ale także spotykamy je przeważnie w tych samych miejscach. Nawet na nogach, gdzie naczyniaki rzadko występują w porównaniu z częstością żyłaków (Cruvelhier, *Anat. pathol. Livr. 23. pl. 3—4*), te ostatnie, zwłaszcza na podeszwie i na grzbiecie stopy, przedstawiają postać nader przypominającą żyłne naczyniaki jamiste. Według Virchow'a (*Geschwülste* — tom III, str. 483) *varicocele* jest żylnym naczyniakiem gałęzistym (*Angioma racemosum venosum*); tu należą również tak częste żyłaki na wargach sromnych u kobiet, opisane przez Cruveilhiera pod nazwą *varix serpentinus* (*Traité d'anat. path.* Tom II, str. 809 i 819). Podobnie zapatrywać się należy na żyłaki najdrobniejszych żył tkanki podśluzowej przy *haemorrhoides ani exter.* (por. Lebert'a *Atlas de l'anat. pathol.* Tab. 104, fig. 6 i Tab. 105, fig. 1); z tej zasady Alibert

nazywa je *Angioma anale* (*Nosologie naturelle* str. 361), Virchow zaś *Angioma anale varicosum* (l. c. str. 438).

Ważniejszym jeszcze jest równoczesne występowanie żyłaków i rozszerzeń tętnic, które pojawiają się w postaci *Aneurysmatis cirsoidei* i opisane zostały dokładnie przez Brescheta, Cloqueta i innych. Takie kombinacje żyłaków z rozszerzeniami tętnic spostrzegano zwłaszcza na kończynach górnych (Schottin, Krause i inni), a także na głowie (Langenbeck) (porównaj O. Weber w Chirurgii Pithy i Billroth'a tom II, część 2, str. 159). Przedewszystkiem należy przytoczyć tu żyłaki, występujące na skórze twarzy (w nosie), oraz na błonie śluzowej jamy ustnej i gardzieli, ze względu na tak częste wytwarzanie się naczynek w tych miejscach. Szczególny jamisty układ naczyń w tkance łącznej podśluzowej i pozagardzielowej, bywa punktem wyjścia zarówno dla naczynek (*fisurale Angiome* Virchowa l. c.) jak i dla nowotworów pozaszczękowych (*retromaxiläre Geschwülste*), opisanych dokładniej przez Langenbeck'a.

Są jeszcze inne powody, skłaniające do zestawienia rozwoju żyłaków z wytwarzaniem się naczynek. Dziedziczność, wiek i niektóre okresy fizjologiczne w życiu człowieka (dojrzałość, ciąża, *climacterium*) grają niezaprzeczoną rolę w wytwarzaniu się żyłaków. „W stanach takich“ powiada Virchow (*Geschwülste* t. III. str. 442), „postrzegamy na wielu częściach ciała skłonność do rozszerzeń żył, która niekiedy wprawdzie stanowić może usposobienie pierwotne, innym razem nabytą raczej właściwość, która nawet w sposób nagły może wystąpić. Jedyne przypadki, w którym można ustanowić pewną określoną postać, stanowi ciąża; wpływ jej na powstawanie nagle żyłaków, a zwłaszcza żyłaków w kiszce stolcowej, dostatecznie jest znany; przytem sam ucisk powiększonej macicy nie może stanowić jedynego powodu, jakkolwiek nie można odmówić tej okoliczności pewnego znaczenia. U mężczyzn, również usposobienie do żyłaków występuje niekiedy nagle w późniejszych latach życia, a niektórzy sądzili, zwłaszcza w ostatnich czasach Stiebel, że istnieje tu pewien związek z życiem płciowem, że mianowicie pierwsze pojawienie się guzów hemoroidalnych stoi w pewnej zależności od pierwszego spółkowania, a późniejsze powiększanie się tychże od drażnienia części płciowych“.

Zasługuje też na uwagę okoliczność, że dla żyłaków, zarówno jak dla nowotworów, występuje w grę wpływ płci, a także wpływ rasy lub przynajmniej narodowości. Delaharpe (*Quelques mots sur les causes probables des varices chez l'homme*. Schweitz. - Ztschr. Zürich., 1855), zbierając statystyczne dane co do częstości żyłaków u popisowej ludności rozmaitych kantonów szwajcarskich, zaobserwował następujący fakty. Przedewszystkiem znalazł on żyłaki w Szwajcaryi częściej u mężczyzn niż u kobiet. Odróżnia przytem dwie postacie żyłaków.

1 postać. Początek w łydce, na kości goleniowej, nawet na wewnętrznej stronie uda. Później rozszerzenie żył na stopie w postaci rozgałęzień. Żyły te rzadko zamieniają się na żyłaki lub przybierają wygląd telangiektazji. Częstość drobne żyły nie bywają wogóle rozszerzone. Postać ta trwa lata całe bez zapalenia, bez nacieczenia i bez owrzodzeń dookoła.

2 postać: Początek z najdrobniejszych żyłek. Przedstawiają się one jako drobna, gęsta siateczka, zwłaszcza na wewnętrznej stronie stopy i około kostek. Tkanka łączna ulega zgrubieniu, żyły skórne rozszerzają się i rozgałęziają drzewiasto (*s'arborisent*). Później rozszerzają się także i większe żyły, występują zapalenia, ropnie, owrzodzenia.

Mężczyźni, cierpiący na pierwszą z tych postaci żyłaków, są szczupli, silni, muskularni, o kształtach kwadratowych. Skórę mają suchą, potniejącą nieznacznie, zwykle ciepłą i posiadającą skłonność do suchych wysypek. Żyły skórne są pierwiastkowo bardzo znacznie rozwinięte na wszystkich czterech kończynach. Barwa skóry jest brunatnawa; tłuszcz podskórny nieobfity. Trawienie dobre.

Postać druga występuje u ludzi, mających skłonność do tycia, o kształtach okrągłych, mięśniach wiotkich, skórze obfitującej w tłuszcz. Skóra wilgotna, silnie potniejąca. *De la Harpe* sądzi, że taką jest wrażliwa skóra potomków niemieckiego pochodzenia. Żyły podskórne są zaledwie widoczne, natomiast „naczyń włośnowate“ silnie nastrzyknięte. Twarz mocno czerwona; na policzkach i nosie częstokroć liczne gałązki żyłne i czerwone plamy. Łaknienie umiarkowane. Zaburzenia w trawieniu. Tłuszcz podskórny obfity. Często pojawia się obrzęk około kostek, zanim jeszcze żyłaki się wytworzyły.

Przyppuszczenie bujania naczyń, jako przyczyny żyłaków, uzasadnione jest zwłaszcza w tych miejscach, gdzie nie może być mowy o mechanicznych przeszkodach w odpływie krwi (błona śluzowa ust; wargi i t. p.), lub gdzie powyższy sposób objaśnienia z trudnością by się dał zastosować.

Pod tym ostatnim względem, zasługują na uwagę żyłakowate skręty żył, wytwarzające się częstokroć w obfitej ilości na bocznej ścianie brzucha. Również należą tu żyłaki, pojawiające się w skórze brzucha, równolegle do dolnego brzegu wątroby, a także żyłaki w skórze ponad wyrostkami kolczastymi kręgosłupa, zwłaszcza w części grzbietowo-szyjowej. Dwa te ostatnie rodzaje żyłaków wprawdzie nigdy nie są tak silnie rozwinięte jak żyłaki na bocznej ścianie brzucha, lecz zato zdarzają się bardzo często. Żyłaki na bocznej ścianie brzucha rozciągają się od dołu pachowego aż do okolicy pachwinowej, gdy tymczasem żyłaki zwane *caput medusae* zajmują okolicę pępka (*Rokitansky* l. c. str. 369). Na 8 zjeździe chirurgów w Berlinie, przypadek taki przedstawiał *D-r Schädell*, ja zaś podobnego chorego pochodzącego z Lipska. *Prof. Braun* i jego uczniowie wykazali w sposób przekonywający, że żyły pachowe łączą się z układem żyły udowej za pośrednictwem podskórnych i skórnych żylnych sieci na brzuchu i klatce piersiowej. Przedstawiając swojego chorego, sądziłem, że zmiany w żyłach zależą od przeszkód w odpływie krwi z żyły udowej (*Verhandl. d. VIII. Congr. d. deutsch. Gesellschaft f. Chir.* Berlin, 19 Kwietnia 1879, str. 126). Dziś jednak uważam za prostsze przypuszczenie podobnych przyczyn jak dla żyłaków w innych częściach ciała, zwłaszcza, że u chorego nie można było nigdzie wykazać przeszkód w krążeniu. *Schädell* również nie byłby w stanie podać przeszkód w odpływie krwi, jako przyczyny rozszerzenia żył. Powiada on na końcu swej pracy, pomieszczonej w przytoczonych sprawozdaniach: „Czem się to dzieje, że tylko pojedyncze pnie żyłne są zajęte, inne zaś, znajdujące się w tych samych warun-

kach ciśnienia, pozostały niezmienionemi; dlaczego tu przy zamknięciu żyły zaskórnej pojedyncze gałęzie żyły nadbrzuszej i zagiętej (*vv. epigastrica et circumflexa*) tak olbrzymiemu uległy rozszerzeniu, gdy np. po podwiązaniu żyły zaskórnej lub przy jej ucisku przez nowotwory nigdy czegoś podobnego nie napotykaemy. Dlaczego podniesione ciśnienie krwi w prawej żyłce udowej oddziaływa tylko na żyłę zagiętą; wreszcie jak można sobie objaśnić nadzwyczajne rozwinięcie spłotu na kości łonowej, który w stosunkach prawidłowych łączy się z lewą żyłą udową za pośrednictwem stosunkowo cienkich gałązek“.

Na zakończenie należałoby dotknąć jeszcze jednego pytania.

W związku z etylogiją żyłakowatych rozszerzeń żył, możnaby zastanowić się nad przyczynami rozszerzeń naczyń limfatycznych, oraz ich związkiem z naczyniakami limfatycznymi (*lymphangioma*) i rozmaitemi postaciami słoniowacizny. Co do pierwszego pytania, to zmiany objęte wspólną nazwą torbieli limfatycznych szyi (*hydrocele colli*) wyprowadzono od przeszkód w odpływie limfy, z powodu wrodzonej wąskości, lub też zwężenia przewodu piersiowego *ductus thoracicus*, na szyi (Heller — *Archiv. Virchow'a*, tom 51). Przy słoniowaciznie znajdowano na znacznej przestrzeni zatkanie pni limfatycznych (w myśl Sotniczewskiego) przez pasorzyty (*Filaria*), albo też sprawy zapalne. (Lewis w Kalkucie i inni; porównaj Schube: *Die Filariakrankheiten — Samml. klin. Vortr. Nr. 232*).

Otóż i co do tego starałem się znaleźć odpowiedź na drodze doświadczeń. Wykonałem mianowicie szereg nastrożkiwań łatwo krzepnących mas tłustych lub kitu Teichmana (Rozprawy i Sprawozd. Akademii nauk w Krakowie, oddział matem.-przyrodniczy, tom VII), a wreszcie wstrzykiwań gipsu w wielkie pnie limfatyczne na nogach u dużych psów w celu zamknięcia owych pni. Dotychczas jednak nie otrzymałem żadnych wyników. Każdy znający trudności podobnych doświadczeń będzie mnie miał zresztą za wytlómaczonego.

Dalszych doświadczeń zaniechałem z powodu, że analogiczne a udane próby z żyłami doprowadziły mnie do ujemnych wyników. Zapewne więc i w etylogii rozszerzeń naczyń limfatycznych, grają rolę podobne czynniki, od rozwoju wewnątrzmacicznego zależące, o których wspominaliśmy odnośnie żyłaków. I tak Virchow, przytaczając przypadek słoniowacizny postrzegany przez Hecker'a, powiada w swem dziele o nowotworach (*Geschwülste*, tom IV, str. 485): „Z drugiej strony nie należy zapominać, że zjawiska wzrostu, które towarzyszą powiększeniu żył, znajdują niekiedy rażącą analogiją w sprawach przerostowych otaczających części. Tyczy się to głównie pewnych przypadków rozlanej słoniowacizny, zwłaszcza wrodzonej, w których możnaby poniekąd mówić o kombinacji z żyłkiem krzaczastym (*varix racemosus*)“.

Przytoczone momenty pozostaną jednak zapewne tak długo ciemnymi w etylogii zarówno żyłaków jak i rozszerzeń naczyń limfatycznych, dopóki embryjologija nie dostarczy stanowczych wiadomości o rozwoju naczyń w różnych narządach wogóle, a przedewszystkiem w skórze. Trzeba też będzie badać siły i sprawy, dzięki którym zarodkowe zawiązki tkanek mogą prze-

trwać poza życie wewnątrzmaciczne. Wtedy dopiero pomysłowa hipoteza Cohnheim'a o rozwoju nowotworów z zarodkowych zawiązków stanie się dowiedzonym faktem.

II. WYCIECIE NADPOCHWOWE MACICY Z JAJNIKAMI

z przyczyny mięsaka trzonu macicy,

(*Myo-sarcoma uteri, amputatio supra-vaginalis uteri*).

Podał

Wincenty Sztebart.

Operacja całkowitego lub częściowego wycięcia macicy, z przyczyny guzów na niej powstałych, zapomocą cięcia brzuszego (*laparotomia*), jest nabytkiem nowoczesnej chirurgii i w ostatnich zaledwie czasach ogólniejsze zyskała uznanie. Dziś jeszcze, tak pod względem wskazań jak i techniki operacyjnej, kwestyja ta pozostawia wiele do życzenia; większa jednak część chirurgów zgadza się na potrzebę zastosowania operacji w niektórych razach. Dla tych to powodów sądzę, że obowiązkiem naszym jest podawanie opisu każdego przypadku, o ile możności szczegółowo, dla zakomunikowania go szerszemu kołu lekarzy, bez względu na wynik, jaki był osiągnięty.

Operacja wycięcia macicy proponowaną była jeszcze w roku 1787 przez Wrisberg'a, a następnie przez Gutberlata w roku 1814, robioną jednak pierwszy raz dużo później, gdyż dopiero w 1843 roku w miesiącu Listopadzie przez Heath'a z Manchester'u. Storer jednak pierwszeństwo przypisuje Clay'owi także z Manchester, który miał ją wykonać w tym samym roku lecz w miesiącu Sierpniu, zatem o 4 miesiące wcześniej. Początkowo jednak operacja nie dawała świetnych wyników, dlatego też naśladowników nie znalazła. Sam Heath i Clay robili ją tylko przez pomyłkę w rozpoznaniu, wzięwszy guz macicy za torbiel jajnika. Tym to też pomyłkom operacja wycięcia macicy zawdzięcza swój początek. Początkowo nawet chirurgowie, natrafiwszy na guz macicy po dokonaniu cięcia brzuszego, takowe czempredziej zaszywali i operację pozostawiali niedokończoną. Do tych należą np. Lizars w r. 1825, Dieffenbach w 1826 r., Deane w 1848 r., Atlee i inni. Przy niedokładnej jeszcze technice operacyjnej i braku odpowiednich instrumentów, dziwić się postępowaniu temu nie należy. Znaleźli się jednak odważniejsi, jak Granville, Lane, Sloane i inni, którzy przekonawszy się, że guz przyczepiony jest do macicy na dosyć cienkiej stosunkowo nóżce, odważyli się go operować. W roku dopiero 1843, jak to wyżej wspomniałem, zaczęto operować śródścienne guzy macicy, ciągle jednakże przez pomyłkę w rozpoznaniu, a w roku 1863, pierwszy Koberlé robi operację wycięcia macicy, z całą świadomością rzeczy. Za jego przykładem poszedł Storer.

Odtąd nastaje nowa era dla hysterektomii, operacja wchodzi na właściwą sobie drogę i zaczynają się usiłowania nad jej udoskonaleniem. Pomimo, że długo bardzo jeszcze głosy poważne odzywały się przeciwko wykonywaniu jej, dzięki jednakże pracom nowoczesnych chirurgów, pozyskała ona prawo obywatelstwa w nauce medycyny, jako jedna z najcięższych operacyj chirurgicznych, którą jednakże w pewnych razach zastosowywać obowiązani jesteśmy.

Spostrzeżenie: W zeszłym roku, w końcu Lipca zgłosiła się do mnie chora panna Z. R., lat 32 mająca, skarżąc się na krwotoki maciczne bardzo obfite, osłabienie, brak łaknienia, zatwardzenie, jak również nieznaczne bóle, pojawiające się niekiedy w dolnej części brzucha. Najwięcej niepokoiły ją krwotoki maciczne, trwające już od kilku miesięcy bez żadnej widocznej przyczyny.

Panna Z. R. *virgo intacta*, brunetka, niska, szupła, wyniszczona, z wyrazem twarzy doskonale wyobrażającym typ, jaki Courty po mistrzowsku skreślił dla wszystkich kobiet cierpiących na guz jajnika (*facies ovarica*).

Uderzenia serca i tętno słabe, tkanki tłuszczowej podskórnej nadzwyczajnie mało, od niejakiego czasu chora męczy się bardzo prędko, doznaje łatwo duszności i bicia serca, chodzić jednak może. Miesiączka pojawiła się w 16-ym roku życia i do czasu obecnej choroby zawsze była prawidłową, trwała 3 do 4-ch dni, nigdy nie była zanadto obfitą, ani też nigdy się nie zatrzymywała; pojawiała się prawidłowo co 4 tygodnie. Od kilku miesięcy jednak, zaczęła być coraz obfitszą, dłużej trwającą i pojawiała się coraz to częściej, od tej pory chora zaczęła coraz bardziej tracić siły, chudnąć, aż doszła do stanu osłabienia, w którym się obecnie znajduje.

Przez ściankę brzuszną wyczuć można guz, znajdujący się na linii środkowej, rozciągający się od spojenia łonowego do połowy odległości między niem i pępkiem; ścianka brzuszna tak cienka i naprężona, że guz można nawet gołym okiem widzieć; przy naciskaniu na guz chora żadnego bólu nie doświadcza; guz, kształtu gruszkowatego, zupełnie naśladuje formę powiększonej macicy. W lewej pachwinie niewielka wypukłość, guz jest gładki i twardy, ścianka brzuszna na powierzchni guza łatwo się daje przesunąć, guz sam łatwo poruszalny, chociaż ruchy, jakie mu można nadać, są dosyć ograniczone, gdyż dolna część guza zachodzi zupełnie pod spojenie łonowe.

Powyzsze oznaki jak: twardość, forma, średnia poruszalność guza, jasno wskazywały, że mamy do czynienia z guzem w samych ściankach macicy biorącym swój początek i mającym ścisły z nią związek, brak zaś bolesności i wszelkich odchodów cuchnących, tak charakterystycznych dla raka, skłoniły mnie do przyjęcia nowotworu za niezłośliwy, a mianowicie za włókniak macicy śródścienny. Badanie przez pochwę i odbytnicę, z powodu wstydlivosti chorej, uważałem wtedy za zbyt techniczne. Wówczas już wspomniałem chorej o operacji, jako jedynym środku, który ją od cierpienia uwolnić może, obiecując jednak użycie przed tem innych środków leczniczych, aby tą drogą polepszenie stanu osiągnąć. W tym też celu przepisałem kąpiele jodowo-słone, dłuższe zastosowanie sporyszu, ruch bardzo umiarkowany, a podczas miesiączki spokój. Mało bardzo, a raczej wcale nie liczyłem na skuteczność powyższego leczenia, najwię-

cej może spodziewałem się po zachowaniu spokojnego położenia w łóżku. Przepisałem przytem wzmacniające lekko strawne pokarmy i wino.

Stan chorej przy tem postępowaniu początkowo polepszył się, krwotoki, które dotąd miały charakter *menorrhagii*, pojawiały się rzadziej, co do obfitości jednak i długotrwałości (niekiedy do 2 tygodni) pozostały bez zmiany. Chora wzmocniła się nieco.

Polepszenie to jednak trwało nie dłużej nad kilka tygodni i niebawem stan dawny zaczął powracać, krwotoki, pomimo zastosowania wszelkich używanych środków, zaczęły się ponawiać coraz częściej i coraz obficie, chora zaczęła na nowo tracić siły, rysy się wyciągnęły, oczy zapadły jeszcze głębiej, twarz nabierała coraz więcej charakterystycznego wyglądu, wychudnięcie powiększało się z każdym dniem. Oprócz poprzedniego leczenia, przepisałem jeszcze mleko z koniakiem, chinę i trochę żelaza. Guz macicy powoli ale jednostajnie powiększał się, opierając się wszelkiemu leczeniu. W Listopadzie, górna granica guza sięgała już do pępka. W czasie tym krwotoki trwały niekiedy po 3 tygodnie, a przestanki między pierwszym a następnym nie były dłuższe nad dziesięć dni, do dwóch tygodni. Zaproponowałem chorej ściślejsze zbadanie przez pochwę i odbytnicę, na co, aczkolwiek z wielką niechęcią, przystała. Wprowadziwszy palec przez otwór w błonie dziewiczej znalazłem, co następuje: Szyjka maciczna, z otworem małym, okrągłym, jak to zazwyczaj bywa u kobiet, które nie rodziły, cienka, znajdowała się bardzo nisko, mniej więcej na $1\frac{1}{2}$ cala nad otworem błony dziewiczej. Z początku wziąłem to za wydłużenie, po ściślejszem jednak zbadaniu przekonałem się, że aczkolwiek szyjka była nieco wydłużoną, to jednak obniżenie jej zależało głównie od ciężenia guza. Idąc wyżej, łatwo było się przekonać, że guz zaczynał się bezpośrednio nad granicą szyjki z ciałem macicy. Namacać go można było ze wszystkich stron, największą jednakże wypukłość przedstawiał po lewej stronie. Powierzchnia guza była gładka i nie przedstawiała żadnych wyraźnych nierówności. Przy badaniu dwuręcznem, wypukłość po lewej stronie łatwiej daje się określić, guz na całej przestrzeni twardy, z trudnością przesuwając się daje na bok, do góry także trudno go podnieść. Wszystkie te ruchy bardzo wyraźnie udzielają się szyjce, z guzem złączonej.

Do powyżej opisanych objawów podmiotowych dołączyło się w tym czasie jeszcze większe zaparcie stolca, częste parcie na mocz, wstręt do pokarmów, brak snu i znaczne rozdrażnienie nerwowe, występujące naprzemian z przygnębieniem.

Po dokonaniu tego badania, nie ulegało już dla mnie żadnej wątpliwości, że mamy do czynienia z nowotworem, biorącym początek z trzonu macicznego, prawdopodobnie z włókniakiem, oraz że szyjka od nowotworu jest najzupełniej wolną, warunek wielce sprzyjający dokonaniu operacji (amputacji macicy).

Co do stanu ogólnego, to był on wcale nieszczególny; w sercu szmery anemiczne, tętno częste, małe, słabe, bicie serca, słowem wszystkie oznaki rozwiniętej niedokrwitości.

Po naradzeniu się z D-rem F e r m e r e m z Sochaczewa, krewnym chorej, wspomniałem jej znowu o operacji. Ponieważ chora wymagała ode mnie poręcze-

nia jej za dobry skutek operacji, czego oczywiście uczynić nie mogłem, mając na względzie ciężkość proponowanej operacji, z drugiej strony, ponieważ po ostatnim krwotoku chora znowu zaczęła prędko odzyskiwać siły, przeto postanowiliśmy jeszcze odłożyć na czas jakiś operację.

Z biegiem jednak czasu krwotoki doszły do niesłychanej obfitości, chora w czasie wolnym od nich sił już nie odzyskiwała, wpadła w ciągle przygnębienie, brak snu, łaknienia, zaczęła tracić wiarę w siebie i nadzieję, że kiedykolwiek może być lepiej. Do objawów poprzednich dołączył się ból stały w lewym boku. Ten stan zmusił chorą do tego, iż teraz sama zaczęła dopytywać się o proponowaną operację. W takim stanie rzeczy wezwałem na poradę prof. Neugebaura, który moje rozpoznanie potwierdził w zupełności.

Zaszły jednak pewne zmiany co do objawów fizykalnych, a mianowicie szyjka, która była tak nisko przy pierwszym badaniu, teraz znajdowała się wyżej, zdaje się z tego powodu, że guz, który znacznie się powiększył (przechodził bowiem na połowę palca poza pępek), nie mogąc pomieścić się w małej miednicy, podniósł się i pociągnął naturalnie ku górze i szyjkę maciczną. Pozostawała ona jednak zdrową, cienką, nieco wydłużoną. Guz był tak samo jak przedtem ruchomy. Przy pociskaniu, chora bólu nie uczuwała. Na przedniej powierzchni guza, po lewej stronie, dawał się wyczuwać mały, wielkości małego orzecha włoskiego, guzik podługowaty, płaski, łatwo po powierzchni guza przesuwalny, którego pociśnięcie wywoływało nieprzyjemny ból. Guzik ten uważałem za pociągnięty ku górze jajnik, (co po dokonanej operacji miałem sposobność sprawdzić).

Gdy w Lutym poprosiłem na poradę kol. Stankiewicza, guz już był znacznie większy, sięgał powyżej pępka. Z kol. Stankiewiczem zbadaliśmy chorą kilka razy, raz nawet pod chloroformem; badanie to potwierdziło dawniejsze moje rozpoznanie.

Próbowaliśmy badać zapomocą krzywego zglębnika Simpsona, ponieważ jednak przeprowadzenie go przez otwór wewnętrzny przedstawiało dość znaczne trudności, zatem z powodu obawy wywołania krwotoku, zaniechaliśmy tego sposobu badania.

Chora przeniesioną została do Domu Zdrowia na ulicę Szpitalną, gdzie w d. 24. III. 85 r. przystąpiłem do operacji, przy pomocy kolegów Gutweina, Jasińskiego, Jawdyńskiego, Neugebaura i Stankiewicza.

Cięcie w ścianie brzusznej, w kierunku linii białej, zrobione było podług ogólnych prawideł. Rozpocząłem je od pępka, a skończyłem na 2 palce powyżej spojenia łonowego. Skutkiem jednak małej rozciągliwości naprężonej ścianki brzusznej, guza wyjąć jeszcze nie mogłem i zmuszony byłem, obszedłszy pępek z lewej strony, przedłużyć cięcie na 2 palce wyżej tego ostatniego. Przytem wyszła pewna część kiszek cienkich, trzymaniem których, pod serwetkami namoczonymi w roztworze sublimatu, zajął się kol. Stankiewicz.

Po otworzeniu jamy brzusznej, wyciekła nieznaczna ilość surowiczego płynu. Guz przedstawiał formę gruszkowatą, o powierzchni gładkiej, zresztą taką samą, jaka była rozpoznana przed zaczęciem operacji. Od przodu i po lewej stronie widoczny był jajnik, który jak wspominałem, także przed operacją dawał się

wyczuwać w postaci małego przesuwającego się guzika. Jajniki z jajowodami, więzy szerokie i okrągłe były podniesione do góry z obydwóch stron, poczem można było sądzić, że wszystkie ścianki macicy uległy powiększeniu. Obszedłszy guz palcami dookoła, przekonałem się, że szyjka jest zupełnie wolną, jak również że zrosty są nieznaczne i to tylko z siecią. Zrosty te podwiązałem jedną podwiązką *en masse*, a następnie przystąpiłem do wyjęcia guza na wierzch, co nie przedstawiało wielkich trudności. Wystarczyło podważenie go palcami i popychanie ku górze przez pochwę palcem, który tam kazałem włożyć akuszerce. Czynność tę, niewielką zresztą, powierzyłem jej w tym celu, aby żaden z kolegów nie zanieczyszczał sobie palców.

Następna manipulacja już także nie przedstawiała wielkich trudności. Początkowo miałem zamiar wykończyć operację metodą wewnątrzotrzewną, używaną przez Schroedera, t. j. wycięcie z dolnego odcinka macicy klin i ranę pozostałą z tego wycięcia zeszyć gęstym szwem, a następnie wszystko wpuścić do jamy otrzewnej i cięcie brzuszne zaszyć. W tym celu nawet nałożyłem już podwiązki na więzy szerokie. Zważywszy jednak, 1) że chora wskutek chloroformowania zaczęła słabnąć, na co kolega Jawdyński zwrócił mi uwagę, 2) że guz wyglądał dosyć podejrzanie, nie był bowiem ograniczonym do jednej części, 3) że żyły więzów szerokich były bardzo rozwinięte i grube, wolałem zrobić odcięcie poniżej guza w częściach zdrowych, czego bym nie mógł dokonać przy wycinaniu klina, jak również uniknąć nieprzyjemnych następstw krwotoku. W tym celu, bezpośrednio nad przyczepieniem pochwy, przekłułem szyjkę igłą, przeprowadziłem w tem miejscu podwójną ligaturę i podwiązałem w ten sposób, że po stronie lewej znajdowała się lewa połowa szyjki z częścią lewego więzu szerokiego i okrągłego, a z prawej też same części prawe. Jajniki i jajowody pozostały po nad ligaturami. Na to wszystko *en masse* nałożyłem drut, który mocno zacisnąłem. Pod drutem przeprowadziłem dwie długie igły na krzyż, celem utrzymania na wierzchu szypuły, którą w tym razie tworzyła szyjka z kawałkami więzów szerokich.

Podczas tego zdarzyła mi się jedna bardzo nieprzyjemna okoliczność, a mianowicie drut, widocznie bardzo słaby, przy zakręcaniu go pękł; z powodu tego powstał niewielki krwotok, tylko z prawej połowy szyjki; widocznie ligatury po tej stronie nie zacisnąłem dostatecznie mocno. Lewa ligatura lepiej widocznie była zacisnięta, bo krwotoku z tej strony nie było. Drut zatem odjąłem zupełnie, a na miejsce jego pod igłami zatknąłem na szyjkę grubą, poczwórną złożoną ligaturę, którą mocno zacisnąłem szyjkę, czem w zupełności zatamowałem krwotok.

W ten sposób pozostawiłem szypułę, która ma $1\frac{1}{2}$ cala mniej więcej za drutem macicę całą z jajnikami, jajowodami i kawałkami więzów szerokich, odciąłem z pomocą noża.

Po dokonaniu tego, skutecznie o ile możności starannie toaletę jamy otrzewnej, gąbkami wygotowanymi poprzednio przeze mnie samego w kwasie karbolowym, a namoczonymi przy operacji w roztworze sublimatu (2 na 1000) i ranę brzuszną zaszyłem.

Szew na całej rozciągłości, jako też i szypułę, przysypałem proszkiem jodoformowym, a następnie nałożyłem opatrunek *Listeria*, który pozostał dni 8. Opatrunek składał się z *protective—silk*, na to poszła warstwa gazy sublimatowej, dalej druga warstwa gazy jodoformowej, na wierzch wata karbolowa, potem ceratka i długi bandaż flanelowy.

Początkowo, zamiast bandaża, użyłem podług metody *Schroeder'a* plastra lepkiego, ten jednak okazał się niepraktycznym, gdyż odejmowanie go sprawiało chorej ból.

Przy operacji, jako środek dezynfekcyjny, używany był przeważnie roztwór sublimatu (2 na 1000). Gąbek było tylko 8, starannie poprzednio przygotowanych przezemnie. Moczone one były najpierw przez kilka tygodni w 10% roztworze kwasu karbolowego, po poprzednim wygotowaniu ich we wrzącej wodzie, następnie na 12 godzin przed operacją wygotowane były jeszcze raz w kwasie karbolowym i na całą noc pozostawione w roztworze sublimatu. W ten sam sposób przygotowane były wszystkie serwetki jako też podwiązki, które, po dokładnem ich wygotowaniu, przez całe 8 tygodni leżały w 10% roztworze kwasu karbolowego. Wszystkie narzędzia, starannie wyczyszczone, pozostawione były na 24 godzin przed operacją również w kwasie karbolowym.

Operacja od 1-go cięcia brzuszego do zeszcycia jamy brzusznej trwała 1 godz. 15 minut.

Z postępowania swego, co do wycięcia całego nowotworu jak można najniżej, byłem bardzo zadowolniony, gdym się dowiedział od prof. *Brodowskieg*o, któremu guz przesłałem do zbadania, że nowotwór był mięśniako-mięsakiem, (*myo-sarcoma*). Jajniki były zdrowe. Guz ważył około 15 funtów.

III. SPRAWOZDANIE

Z DZIAŁALNOŚCI PRACOWNI CHEMICZNO-LEKARSKIEJ

szpitali warszawskich za rok 1884.

Podał

Leon Nencki.

Wszystkich przedmiotów nadesłanych do rozbiórów pracownia otrzymała 433. Z tych 65 nadesłano drogą urzędową przez ordynatorów szpitalnych, za odpowiednimi kwitami sznurowemi, pozostałe zaś 368 nadesłane zostały po części przez ordynatorów szpitalnych z Warszawy, prowincyi i Cesarstwa lecz drogą prywatną, po części zaś przez osoby prywatne.

Z 65 przypadków nadesłanych drogą urzędową przypada na:

	Rozbiory moczu.		Patologiczny.			Secreta et Excreta.	Hygieniczne.
	Prawidłowy.		Diabetes mellitus.	Nephritis.	Cystitis.		
Szpital Dz. Jezus . . .	2	—	—	—	5	<i>Cysta ovarii, echinococcus hepatis.</i>	—
Szpital Ś-go Ducha . . .	—	5	2	3		<i>Ascites. Spermatorrhea.</i>	<i>Naphta. Vaselineum. 2 chin. sulphuric. Acid. carbonic. Hydr. chlorali. Mleko.</i>
Szpital na Pradze . . .	1	—	—	—		<i>Sputum (bacillus tuberculosis).</i>	Woda studzienna. Woda z rezerwoaru.
Szpital żydowski . . .	1	—	—	—		<i>Vomitus (ulcus ventriculi) Cysta ovarii. Echinococcus hepatis.</i>	<i>Chin. sulfuric.</i>
Szp. za rog. Wolską . . .	1	—	2	1		—	—
Szpital Ś-go Łazarza . . .	—	—	—	—	3	poszukiwania w moczu chromu. 13 przypadków poszukiwania w moczu i kale rtęci.	2 wody studzienne.
Szpital Jana Bożego . . .	—	—	—	—		—	<i>Tinct. Opii. Chin. sulphuricum. 2 wody studzienne.</i>
Szpital Ś-go Rocha . . .	—	—	—	1		—	2 wody studzienne.

Z 368 przypadków, przysłanych przez ordynatorów szpitalnych drogą prywatną i przez osoby prywatne, przypada na:

Rozbiór moczu.		Secreta et Excreta.	
<i>Nephritis</i>	20	<i>Cystitis ovarii</i>	3
<i>Cystitis</i>	20	<i>Spermatorrhoea</i>	3
<i>Diabetes mellitus</i>	31	<i>Bacillus tuberculosis</i>	20
Prawidłowy	164	<i>Ascites</i>	2
		<i>Carcinoma recti</i>	1
		<i>Eczema marginalis</i>	2
		Hygieniczne.	
		Woda studzienna	16
		Poszukiwanie alkaloidów (otrucia)	9
		Masło	4
		Wódka	2
		<i>Naphtalinum</i>	3
		Mleko	5

<i>Acid. salicylic.</i>	1	Herbata	2
Woda sodowa	1	Kawa	2
<i>Vaselinum</i>	3	Sól glauberska	3
Środki opatrunkowe (dobroć)	1	Mleko kobiece	6
<i>Chinin. sulphuric.</i>	2	Wino czerwone	6
Nafta	1	Wino białe	7
Olej mineralny	1	<i>Bière de Malaga</i>	2
Fosforyty,	1	<i>Natrium arsenicosum</i>	2

W sprawozdaniu z r. 1883, przesłanem p. Inspektorowi szpitali cywilnych oraz Radzie Miejskiej Dobroczynności Publicznej, starałem się zwrócić uwagę, iż ilość przedmiotów nadesłanych do pracowni drogą urzędową przez ordynatorów szpitalnych, byłaby daleko większą, gdyby pracownia stała na usługi na każde żądanie ordynatorów i to bez wszelkiego ograniczenia co do ilości nadsyłanych przedmiotów. Dokonywane w każdym prawie szpitalu badania jakościowe rozmaitych wydzielin patologicznych, w wielu razach przynoszą rzeczywistą korzyść i dają się dosyć łatwo wykonać, zdarzają się jednak i tutaj pewne trudności, wymagające dokładnego obeznania z przedmiotem i ciągłego śledzenia za postępem takowego. To też tylko badania zbiorowe, oparte na licznych i ścisłych rozbiorach, dokonywane z chwilą pojawienia się danych objawów chorobowych aż do zniknięcia takowych, a dające się skutecznie tylko w specjalnie na to urządzonych pracowniach, pozwoliłyby należycie zużytkować cenny materyjał naukowy, rozrzucony po szpitalach Warszawskich i przyniósłby rzeczywistą korzyść dla nauki, a tem samem i dla chorych. Że zapatrywanie moje nie jest wcale jednostronne, dowodzi głos samych ordynatorów szpitalnych, jak Sz. Kolegi T. Dunina i H. Nusbauma, którzy wkrótce po otwarciu pracowni szpitalnej tę samą myśl wypowiedzieli. Jesteśmy przekonani, iż władza szpitalna, która była inicjatorką i założycielką pracowni, która zatem uznała ważność tej pracowni dla ogólnego postępu wiedzy lekarskiej, zechce uwzględnić słuszne życzenia lekarzy i zmieni odpowiedni paragraf ustawy niedozwalający ordynatorom szpitalnym całkowicie korzystać z usług pracowni.

Wszystkie prawie prace naukowe, wyszłe z pracowni, oparto tylko w części, dla braku dostatecznej ilości, na materyjale nadesłanym drogą urzędową, po większej zaś części oparto je na materyjale nabytym kosztem samej pracowni, którego jednakże nie zaliczono do ogólnej liczby 433.

PRZEGLĄD BIBLIJOGRAFICZNY.

Sbornik lékařsky. Časopis pro pěstování vědy lékařské. Redigují prof. Jaroslav Hlava i Doc. Josef Thomayer. T. I. Z. 1. Praga. 1885.

Nie dziś to po raz pierwszy nazwiska czeskich uczonych zapisywane zostają w rocznikach wiedzy lekarskiej. Choćbyśmy nawet pominęli te wielkie imiona,

które brały udział w przewrocie medycyny około 1840 r., a z których, jeżeli jedne prawie że się wyrzekły swej narodowości, to inne natomiast do śmierci nie przestały żywić w sercu czeskich uczuć (Purkyně, Čermak), choćbyśmy, powiadam, pominęli nazwiska tych mężów, to jeszcze w ostatnich czasach spotykaliśmy się w niemieckich pismach z poważnym szeregiem prac, wyszłych z pod pióra czeskich uczonych. Dość tu wspomnieć Eiselta, Alberta, Maixnera, Janowskiego, Drozdę, Hlavę i wielu innych. Z otwarciem Uniwersytetu czeskiego, liczba pracujących, a co za tem idzie i prac, zaczęła wzrastać, nie też dziwnego, że Czesi zaczęli myśleć o założeniu pisma, któreby ich prace, rozproszone dotychczas po dziennikach niemieckich, zjednoczyło, tembardziej, że tygodnik „Časopis lékařův českých“, wychodzący pod redakcją D-ra K. Chodounského, z natury rzeczy tylko mniejszym artykułom miejsca mógł udzielać. I oto w ten sposób powstało archiwalne pismo, z którego treścią w najogólniejszych zarysach zapoznać zamierzamy czytelników naszych.

Pierwszy zeszyt zawiera następujące prace: 1) doc. Janošik, Opis dwóch wczesnych plodów ludzkich, 2) Kabrhel, Poszukiwania nad unerwieniem serc limfatycznych żaby, 3) Mareš, Indygosiarczan sodu i wydzielnicza czynność ustroju, 4) Hlava, Tworzenie się cyst przy gruźlicy prosówkowej, 5) Maixner, Przyczynek do nauki o sztucznej pokrzywce i 6) Thomayer, Przyczynek do nauki o zapaleniu nerwów.

Poprzestajemy na krótkim streszczeniu czterech ostatnich prac, dwie pierwsze bowiem, jako zbyt dla nas specjalne, pominąć zmuszeni jesteśmy.

1) Mareš. Indygosiarczan sodnaty a živočišná činnost' v yměšovací. Już dość dawno Weber, Mac Gillavry i inni twierdzili, że początki przewodów żółciowych znajdują się wewnątrz komórek wątrobowych. Pflüger, Kupfer i Pfeifer, po sztucznej iniekcji przewodów żółciowych błękitem pruskim, widywali wewnątrz komórek wątrobowych cienkie kanaliki, rozgałęziające się wśród protoplazmy. Z tem wszystkiem obrazy te można było uważać za wytwory sztuczne; naturalna iniekcja wątroby, przez wstrzyknięcie indygosiarczanu sodu do obiegu krwi, mogłaby wątpliwie tę rozstrzygnąć. Doświadczenia autora, w tym właśnie celu przedsięwzięte, doprowadziły go do następujących interesujących wyników: okazało się przede wszystkim, że kiedy wątroba żaby w lecie i na wiosnę bardzo energicznie wydzielala barwnik, tak, że przewody żółciowe były nim w zupełności nastrzyknięte, to w zimie czynność wydzielnicza ustawała w zupełności i barwnik zbierał się tylko w naczyńiach włosowatych, a do przewodów żółciowych nie przechodził wcale. Okazało się dalej, że jeżeli letnie żaby trzymać było przez tydzień na lodzie, to wydzielanie indygosiarczanu sodu nie ustawało bynajmniej i tylko nieco ulegało zwolnieniu; natomiast jeżeli żabę zimową trzymać było w ciepłym miejscu przy 20—25° C., wtedy wydzielanie odbywało się bardzo energicznie. Przy badaniu wątroby takich żab, autor najwyraźniej przekonać się mógł, że z przewodników żółciowych, leżących pomiędzy rzędami komórek, wychodziły niebieskie paski, które wnikały do wnętrza komórek. Ponieważ o sztucznych wytworach mowy tu być nie może, przeto sądzi autor, że komórki wątrobowe wylewają swą wydzielinę wprost do przewodów. Czy jednak są to uformowane stałe kanaliki, jak tego chce Kupfer i Pfeifer? Autor sądzi, że nie; ponieważ komórki wątrobowe oswabadzają się od swej wydzieliny bardzo prędko, przeto wakuole, jak je opisuje Kupfer, są niepotrzebne, trudno też przypuścić, aby wśród wśród miękkiej protoplazmy istniały stałe kanały; są to raczej czasowe tylko przewody powstałe wśród protoplazmy. Dalej badając wydzielanie indygosiarczanu sodu przez nerki, przekonał się autor, że kiedy nerki zwierząt ssących wydzielają bardzo energicznie ten barwnik, a wątroba słabo, to przeciwnie u ptaków i żab wydzielanie jego odbywa się wyłącznie w wątrobie, a wcale nie w nerkach. Istnieje więc między czynnością nerek ptaków i ssących różnica; wiemy też, że kiedy

nabłonek nerkowy ssących wydziela przeważnie mocznik, to tenże nabłonek u ptaków nie wydziela go wcale, tak, że nawet mocznik wstrzyknięty do krwi nie przechodzi do moczu. Ponieważ z drugiej strony Heidenhein wykazał, że u ssących nabłonek kanalików krętych jest przeciekawy, a u ptaków wprost tylko słupkowy, bez dyfferencyjacyi na przeciki, przeto można twierdzić, że zadaniem dyfferencyjowanego przeciekawatego nabłonka jest wydzielenie mocznika.

2) Hlava, Tvoření se kyst při miliarni tuberkulose, ich vyznam anatomicky i klinicky.

Dotychczas tworzenie się małych cyst, wskutek gruźlicy prosówkowej, nie było wcale znanem; autor opisuje właśnie 3 takie przypadki i tłumaczy sposób ich powstawania w płucach, nerkach i wątrobie. Ostatecznie sposób powstawania tych cyst we wszystkich narządach jest jednaki: są to cysty retencyjne, powstałe wskutek tego, że albo gruzełek, który się rozwinął w ścianie przewodu wyprowadzającego takowy zatyka, albo, że gruzełek w sąsiedniej tkance powstały tenże przewód w zupełności zaciska. W płucach sposób powstawania cyst przypomina wiele sposób powstawania rozedmy; końcowe oskrzele zostaje najpierw zwężone a potem zatkané, skutkiem tego powietrze przy wdechu wchodzi po za zwężenie, rozszerza oskrzele i pęcherzyki, albowiem przy wydechu wy dostać się nie może, dlatego, że tkanki utraciły swą sprężystość. Po zatknięciu oskrzela powstaje cysta wypełniona powietrzem. W wątrobie i nerkach cysty te wypełnione są zmienioną żółcią, resp. moczem.

3) Praca Maixner'a p. t. „K vyznamu uměle kopřivky (*urticaria facticia*)“ zawiera interesujący opis tej mało znanej wogóle, a u nas w szczególności postaci chorobowej, która jednak bynajmniej nie jest tak rzadką, jak o tem świadczy fakt, że autor w przeciągu 6 miesięcy widział ją 15 razy.

Wiadomo, że jeżeli u niektórych chorych pociągnąć palcem lub jakimbądź twardem ciałem po skórze, wtedy powstaje wznesiona smuga lub tylko czerwony pas, który czas jakiś trwa i wreszcie znika. Tym sposobem można na skórze chorych rysować różne znaki, pisać wyrazy, które wypukłemi rysy występują. Jest to t. z. pokrzywka sztuczna (*urticaria facticia*). Z pomiędzy 15 chorych, których historję autor podaje, 6 cierpiało poprzednio na samodzielną pokrzywkę, zarówno zaś ci jak i pozostali przedstawiali rozmaite objawy nerwowe. Można powiedzieć, że tylko u jednego na 15 nie można było wykryć żadnych zboczeń chorobowych. Raz jeden widział autor dziedziczność cierpienia (u ojca i syna). Przebieg tego objawu u wszystkich chorych był jednaki i różnił się tylko co do stopnia; i tak: jeżeli pociągnąć po skórze twardym przedmiotem, wtedy miejsce uległe podrażnieniu najpierw wyraźnie blednie, potem naokoło niego powstaje żywo czerwony pas, który przez mniej więcej 2 minuty szerzy się wokoło podrażnionego miejsca. W tym samym czasie blada pręga, powstała na miejscu podrażnienia, staje się jakby przeświecającą, koloru perłowego, wreszcie zaczyna się wznosić i tworzy tym sposobem rodzaj podłużnego wałka, mającego około 2 mm. wysokości, a który wyraźnie odbija od otaczającej go czerwonej obwódki. Po 15 — 20 minutach czerwoność znikała, gdy tymczasem wznesiona smuga trwała jeszcze 6, 8 do 12 godzin. Jeżeli wznesioną smugę nakłuć igłą, wtedy przy użyciu lupy można wyraźnie się przekonać, iż z miejsca ukłutego wypływa kropelka surowicy, tak, iż nie ma żadnej wątpliwości, że smuga ta powstaje wskutek miejscowego przesięku. Zaczzerwienione miejsce zawsze było gorętszem od sąsiedniej niezmienionej skóry, a różnica ta wynosiła 1,5° C. do 2° C.. Co do objawów subiektywnych, to chorzy skarżyli się niekiedy na uczucie palenia i swędzenia; było to najwyraźniejsze u tych osób, które cierpiały na pokrzywkę samoistną. Pokrzywka sztuczna wzbudzoną być może na wszystkich niemal częściach, najwyraźniejszą jednak bywa na tułowiu; na błonach śluzowych wywołać można co naj-

wyżej zaczerwienie. Co do stosunku pokrzywki sztucznej do innych chorób, to dla autora nie ulega wątpliwości, że jest ona w zasadzie tożsamą z pokrzywką samoistną; w obu nich podstawą jest niezwykła wrażliwość skóry, a właściwie jej nerwów naczynio-ruchowych, różnica polega tylko na drodze, przez którą działa podrażnienie. Co do innych chorób, to widywano pokrzywkę sztuczną niemal przy wszystkich chorobach nerwowych, najczęstszą jednak jest ona przy histeryi i rozdrażnieniu mózgo-rdzeniowem. Wytlómaczenie sposobu powstawania samego zjawiska zajmuje znaczną część pracy Maixnera. Autor powstawanie zjawisk miejscowych wyobraża sobie w następujący sposób: na miejscu podrażnienia następuje skurcz najdrobniejszych tętnic, za czem idzie zupełna przerwa w krążeniu i bledosć podrażnionej części skóry. Obok tego miejsca następuje najpierw przekrwienie oboczne, które utrwała się i rozszerza wskutek porażenia nerwów naczynioruchowych, powstałego na drodze zwrotnej. Wreszcie wskutek powstałych zaburzeń w krążeniu powstaje miejscowy obrzęk i to najpierw tam, gdzie najmniej doznaje przeszkód transsudacja, t. j. na miejscu którego tętnice uległy skurczowi. Tym sposobem pokrzywka zarówno samoistna jak i sztuczna jest chorobą nerwów naczynioruchowych; różnica między niemi polega jedynie na tem, że miejscowe objawy ze strony naczyń powstają raz pod wpływem wewnętrznym (pewnego rodzaju fermenty, trucizny), drugi zaś raz pod wpływem zewnętrznym. Sam zaś nieprawidłowy stan nerwów naczynioruchowych długi czas może się niczem nie objawić, tak, iż dopiero przypadek istnienia jego wykrywa. W każdym razie zdarza się on najczęściej w przebiegu rozmaitych cierpień układu nerwowego.

4) *Thomayer, Příspěvek k poznání zánětu nervů.* Autor opisuje przypadek, w którym u chorego cierpiącego na gruźlicę płuc, a zmarłego wskutek dysenterji, rozwinęło się w ostatnich dniach życia zupełne porażenie wszystkich czterech kończyn. Czucie było przytem zachowane, odruchy zaś i pobudzalność faradyczna zupełnie zniesiona. Przy badaniu pośmiertnem nie znaleziono w rdzeniu żadnych zmian, natomiast w wielu nerwach obwodowych znaleziono bardzo wyraźne zwyrodnienie pochwy myelinowej, która rozpadła się na drobne kulki. Cylinder osiowy i pochwka Schwann'a były nietknięte. Autor zwraca uwagę, że temi zmianami porażenia objaśnić nie można, albowiem cylinder osiowy był nieuszkodzony. Pyta się też autor, czy zmiany pochwy rdzeniowej i porażenia nie były współrzednymi objawami jakiejś nieznaney przyczyny. Toż samo zdaniem autora odnosi się do wielu chorób (*beri beri*, otrucie ołowiem), za których przyczynę uważają t. zw. *neuritis degenerativa s. parenchymatosa*; i tu nie ma dowodu, aby proste zwyrodnienie myeliny wszystkie objawy za sobą pociągać mogło.

Taką jest treść pierwszego zeszytu „Sbornika“; dodać należy, że zeszyt ten zdobią dwie piękne kolorowane tablice litografowane. *Teodor Dunin.*

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

50. Nicaise, Poulet i Vaillard. Hygromaty i zapalenia pochewek ścięgniętych zawierające ciała ryżowate przyrody gruźliczej. (*Nature tuberculeuse des hygromas et des synovites tendineuses à grains riziformes*).

Autorowie podają szczegółowy opis rzadkiego przypadku ogromnego hygromatu uda, zawierającego około 300 ciałek ryżowatych, oraz 4-ech przypadków zapalenia pochewek ścięgniętych również z wytworzeniem tych szczególnych ciałek. Hygromat spostrzeganym był u osobnika zupełnie zdrowego; co się zaś tyczy zapalenia pochewek ścięgniętych, to było ono obserwowane wraz z innymi cierpieniami i tak; w 1-em spostrzeżeniu było: grzybowate zapalenie pochewki



ścięgnistej z ciałkami ryżowatemi mięśni zginaczy ręki lewej; zapalenie stawu napięstkowego prawego, zapalenie prawej kości dłoniowej drugiej, oraz zapalenie stawu mostkobojczykowego lewego; płuca i trzewa zdrowe; w 2-em spostrzeżeniu było zapalenie torebek ścięgnistych mięśni zginaczy obu rąk z wytworzeniem ciałek ryżowatych; trzewa również zmian nie przedstawiały; wreszcie dwa ostatnie spostrzeżenia zawierają właściwie badanie drobnowidzowe ścianki, oraz ciałek z przypadków obserwowanych przez innych lekarzy.

Niektórzy autorowie jak Deville, Poulet, Terrier i Beger ogłosili spostrzeżenia, świadczące o związku między ciałkami ryżowatemi i zapaleniem grzybowatym, czyli według dzisiejszych pojęć gruźliczem; Koenig w 1885 roku mówi już stanowczo, że obecność tych ciałek w stawie przy *hydrops articuli*, oraz w pochewce ścięgnistej powinna rodzić podejrzenie o gruźliczej naturze cierpienia. Wreszcie Hoeftman pierwszy wykazał obecność gruzełków.

Przy badaniu drobnowidzowym (którego podany jest opis bardzo szczegółowy i rysunki) ścianki torebki, w której znaleziono ciałka ryżowate, autorowie przekonali się, że wewnętrzna jej warstwa przedstawia rzeczywistą tkankę granulacyjną, z licznymi naczyniami o ściankach embryjonalnych; że wśród tej tkanki znajdują się rozrzucone gruzełki (*follicules tuberculeux*) i że wreszcie, w tkance tej wykażać można sposobem Ehrlich'a laseczniki gruźlicze.

Na zasadzie tych faktów autorowie wnoszą, że *tendovaginitis* z ciałkami ryżowatemi (*hygroma proliferum* Virchow'a *przyp. spraw.*) stanowi odmianę gruźliczego zapalenia pochewek ścięgnistych.

Z badania histologicznego ciałek wynika, że składają się one z substancji bezkształtnej, jednolitej, z wyglądu podobnej do włókniaka, lecz wcale nie włóknikowej. Dotychczas w patologii tłómaczono ich powstawanie w dwojaki sposób: już to, że są one złożone z masy włókniaka pochodzącego z wylewu krwawego do jamy torbieli, już też, że są wytworem czynnym ścianki (Virchow), utworem łącznotkankowym. Autorowie odmiennego są zdania. Badając ściankę torbieli przekonali się, że na jej powierzchni wewnętrznej istnieje zawsze albo warstewka, albo masy nieregularne substancji, która w zupełności podobną jest do substancji ciałek; stanowi ona część składową ścianki torbieli, a niekiedy znajduje się wśród niej. Autorowie uważają ją za następstwo nekrozy koagulacyjnej Weigerta, odmiany zgorzeli zwykle, jeżeli nie stale, towarzyszącej większości spraw gruźliczych. Przypuszczają oni, że paski tej obumarłej warstwy odrywają się od ścianki torbieli pod wpływem tarcia ścięgien, wpadają do płynu torbieli, gdzie pod wpływem ustawicznych ruchów przybierają charakterystyczne kształty ziarn rozgotowanego ryżu, dyni i t. p. Czasami oprócz warstwy zgorzelinowej odrywa się z nią i kawałek tkanki jeszcze żywej, ślad czego widzieli autorowie na niektórych ciałkach. Wł. Matlakowski.

(*Revue de chirurgie, zeszyt za Sierpień. 1885. str. 609—635.*)

Wiadomości bieżące.

Warszawa. Na ostatnim posiedzeniu kliniczem tutejszego Towarzystwa Lekarskiego na redaktora „Pamiętnika“ Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego, na następne trzechlecie, został wybrany kol. Jawdyński.

— Na temże posiedzeniu kol. Florckiewicz odczytał pracę, p. t. dwa przypadki promienicy (*actinomycosis*), artykuł ten pojawi się w naszym piśmie w jednym z najbliższych numerów.

Do dzisiejszego N-ru Gazety Lekarskiej dołącza się bezpłatnie dla wszystkich prenumeratorów tablicę fotodrukową do pracy D-ra L. Lessera „O żyłakach“.

Wydawca Dr. St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny Dr. Wł. Gajkiewicz.

Дозволено Цензурою. Варшава, 11 Октября 1885 г. Друк К. Ковалевського, Królewska Nr. 29.

WYDAWNICTWO DZIEŁ LEKARSKICH NAKŁADEM GAZETY LEKARSKIEJ.

W tych dniach opuściło prasę dzieło pod tytułem:

PSYCHIJATRYJA,

czyli nauka o chorobach umysłowych,
oryginalnie napisana przez

D-ra Med. Rothego

Naczelnego lekarza Zakładów dla Obląkanych w Warszawie.

Autor, znany jako gorliwy pracownik na polu psychiatrii, mając na względzie studentów
prawników, oraz szerokie koło lekarzy praktyków, napisał dzieło, mogące zaspokoić wszelkie
wymagania lekarzy praktyków, tak pod względem rozpoznawania, jako też pod względem leczenia
chorób umysłowych. Dzieło zawiera 18 arkuszy druku.

Cena Rs. 1 kop. 80, z przesyłką Rs. 2.

Nabywać można u Wydawcy Gazety Lekarskiej Marszałkowska Nr. 119.

0—5

Wydawnictwo Gazety Lekarskiej.

Wyszła z druku nakładem Gazety Lekarskiej

FARMAKOLOGIJA

professorów Nothnagel'a i Rossbach'a

Cena dzieła wynosi Rs. 6, z przesyłką Rs. 6 k. 50.

Nabywać takowe można w Redakcyi Gazety Lekarskiej, Marszałkowska 119, oraz
w innych Redakcyjach warszawskich czasopism lekarskich i we wszystkich
księgarniach.

Wydawnictwo Gazety Lekarskiej.

Wyszło z druku nakładem „Gazety Lekarskiej“ dzieło pod tytułem:

CHOROBY SERCA

D-ra OSKARA WIDMANA

prymaryjusza szpitala powszechnego we Lwowie.

Dzieło to opatrzone licznymi drzeworytami w tekście zawiera 24 arkusze druku.

Cena dzieła wynosi rs. 3., z przesyłką rs. 3 kop. 30.

Nabywać można u wydawcy „Gazety Lekarskiej“

MARSZAŁKOWSKA 119.

0—28

U Wydawcy Gazety Lekarskiej

można nabyć życiorys

Professora D-ra H. Hoyerera.

napisany przez

D-ra Wł. Matlakowskiego

(st. LXXVI i portret prof. H.)

Jest to osobne odbicie życiorysu z „Księgi Pamiątkowej“ ofiarowanej prof. H. przez współ-
właścicieli Gazety Lekarskiej. Zewnętrzna strona wydania (druk, papier i ozdoby) jest taka sama
jak w „Księdze“. Cena rubli trzy.

0—3

Дозволено Цензурою. Варшава 11 Октября 1885 г. Друк К. Ковалевського. Królewska Nr. 29.