

GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKIEJ,
FARMACYI I WETERYNARYI.

Cena Gazety Lekarskiej. W Warszawie: rocznie rsr. 5, półrocznie rsr. 2 kop. 50. W Królestwie i Cesarstwie: w redakcyi (z przesyłką) rocznie rsr. 6, półrocznie rsr. 3.

Cena Biblioteki Umiejętności Lekarskich. W Redakcyi półrocznie (od 1 lipca 1873 do 1 stycznia 1874) rsr. 10; od początku wydawnictwa do 1 stycznia 1874 r. rsr. 128 (z przesyłką).

Cena Przeglądu Postępów Nauki Lekarskiej. Rocznie: rsr. 8; dla prenumeratorów Gaz. Lek. rsr. 6; dla prenumeratorów Gaz. Lek. i Bibl. Um. Lek. rsr. 4.

TREŚĆ: Postrzeżenia z praktyki lekarskiej. Dwa wypadki zwężenia otworu macicznego: pierwszy zwężenia wrodzonego całego kanału, drugi zwężenia ujścia zewnętrznego wskutek przyżegania kwasem azotnym (*acid. nitr. fumans*), i kilka słów o zastojach krwi w macicy. Podał *L. Rydygier*. II-gie Sprawozdanie lekarskie z instytutu Oftalmicznego Imienia księcia Edwarda Lubomirskiego za rok 1872. Przez D-ra Med. *Narkiewicza-Jodko*. (Dalszy ciąg). Kronika zagraniczna. O rozwoju raków. Przez Prof. D-ra *Waldeyer'a*: Podał w streszczeniu D-r *St. Jerzykowski*, lekarz w Poznaniu. Wiadomości bieżące. Uleczenie żółtaczki nieżytowej (*icterus catarrhalis*). Dodatek. Medycyny sądowej T. I. ark. 30. Anatomii opisowej T. II. ark. 5.

Dwa wypadki zwężenia otworu macicznego: pierwszy zwężenia wrodzonego całego kanału, drugi zwężenia ujścia zewnętrznego wskutek przyżegania kwasem azotnym (*acid. nitr. fumans*), i kilka słów o krwisteku macicznym (*haematometra*)

Podał *L. Rydygier*.

Jakkolwiek nie rzadko natrafiamy zwężenia ujścia lub całego kanału macicznego tak, że pod tym względem stan ten chorobowy ani nie nowego, ani nie osobliwego nam nie przedstawia, postanowiłem jednak dwa wypadki niżej opisać dla tego, że nie są powikłane zwykłymi przypadłościami.

1-szy wypadek tyczy się zwężenia całego kanału macicznego. Chora około 30 lat licząca, zamężna od lat kilku, zostawała podczas swego zamęścia bezpłodną i nie rodziła wcale jeszcze. Miesiączkę dostała w 18 roku i miewała ją w regularnych 4 tygodniowych odstępach bez wszelkich nadzwyczajnych dolegliwości. Dopiero od czasu swego zamęścia doznawała chora większych bólów podczas miesiączkowania, które w ostatnich czasach stało się nader obfite. Czasem na-

stępowało krwawienie z części płciowych nawet w okresach między miesięczkowych (*metrorrhagia*), obecnie zaś mają miejsce białe upławy. Chora uskarża się dalej na dolegliwości najrozmaitszego rodzaju tak, że niema ani jednego przyrzędu na któryby się nie uskarżała: brak apetytu, odrębny smak, odbijanie, (*globus hystericus*), zatwardzenie, bóle w dołku sercowym i na wierzchołku głowy, szumy i brzęczenia w uszach, iskry przed oczami, słabość i odretwiałość ogólna, jednym słowem wszystkie objawy histeryi. Wygląd chorój bezkrwisty tak skóry jako i błon śluzowych; mięśnie wiotkie.

Przy wymacywaniu brzucha nie dostrzegamy żadnych guzów, ani innych nieprawidłowości.

Badając wewnątrznie spostrzegamy pochwę miernie szeroką, spoidło tylne warg nie przerwane. Część pochwowa macicy wystaje w kształcie stożkowatego czopka do pochwy, ujście zewnętrzne przedstawia się jako dołeczek nieznaczny. Wprowadzenie zgłębnika, trudniejsze jak zwykle okazuje, że jama maciczna znacznie jest zmniejszona, położenie macicy prawidłowe. Nie wyczuwamy ani w przednim, ani tylnem sklepieniu pochwy żadnych nieprawidłowości. Wprowadziwszy wziernik widzimy błonę śluzową na około ujścia macicy zewnętrznego nieznacznie przekrwioną i przerosłą, bez owrzodzeń.

Badanie powyższe wykazuje znaczne zmniejszenie całego przyrzędu płciowego pozwalające wnioskować, że jest przyrodzonym, że przyrząd płciowy nie dość jest rozwiniętym, co dostatecznie tłómaczy nam bezpłodność chorój.

Dla doskonalszego zbadania, oraz wykrycia przyczyny zbyt obfitej miesięczki i białych upławów, a zarazem dla rozpoczęcia leczenia wprowadziliśmy blaszkowiec do kanału macicznego. Gdy tenże jednakowoż kilka razy się napowrót wysunął, a nawet tamponem niepozwoził się stosownie w miejscu utrzymać, musieliśmy go zmienić na gąbkę prasowaną, którą 24 godzin zostawiliśmy w kanale. Gąbka prasowana o tyle doskonale skutkowała, że kanał wczoraj ledwie cienki zgłębnik przepuszczając, dziś pozwalał cały palec wprowadzić do jamy macicznej. Palec wprowadzony do jamy macicy wykazał, że błona śluzowa nie przedstawia żadnych zmian, któreby wyczuć się dały za pomocą dotyku. Mieliśmy zatem do czynienia ze zwięzieniem kanału szyjki macicy obok ogólnego nierozwinięcia części rodzajnych, oraz zapalenie błony śluzowej krwotokowe (*endometritis haemorrhagica*).

Prawda, jest to rozpoznanie tylko objawowe i co do *endometritis haemorrhagica* poniekąd tylko hypotetyczne, nie więcéj nie wyrażające, jak skłonność błony śluzowej do zbytęznego krwawienia bez jakiegokolwiek zmiany namacalnej. Przypuszczać zaś można, że krwawienie wskutek podrażnienia przy częstem spółkowaniu przynajmniej w części spowodowanem było, bo nastąpiło dopiero po zamęściu chorój, ale na pewno tego nie twierdzą.

Leczenie było zastosowane takie, żeby razem z krwawieniem i białymi upławami usunąć zwięzienie kanału szyjki, które niepozwalając swobodnie odpływać krwi podczas miesięczki, mogło być drugą przyczyną obfitego miesięczkowania drażniąc błonę śluzową macicy.

Rozszerzenie zwężonego kanału przynajmniej tymczasowe osiągnąłem, jak to już wyżej nadmieniałem, za pomocą gąbki prasowanej, co zarazem stanowiło pierwszy krok do leczenia obfitego miesiączkowania, które usunąć zamierzałem nastrzykiwaniem rozcieńczonego *liq. ferr. sesquichlorat.* raz na tydzień.

Utrzymywano przez długi czas, i jeszcze niektórzy utrzymują, że nastrzykiwanie *liq. ferr. sesquichlor.* jest bardzo niebezpiecznym wywołując często zapalenie wewnątrz i na około maciczne, *endo* i *perimetritis*, a czasem całej otrzewnej. Nawet badania pośmiertne i doświadczenia dowiodły, że płyn nastrzykiwany do jamy macicznej dostawał się przez jajowody do jamy brzusznej, wywołując ogólne zapalenie otrzewnej, w skutek czego następowała szybka śmierć. Nie można więc zaprzeczyć, żeby podobne zejście możebnem nie było, ale również pewnem jest, że można temu bardzo łatwo zapobiedz.

Prof. G u s s e r o w razem z innemi twierdzi, o czem i ja miałem częstą sposobność przekonać się, że nastrzykiwanie to nie jest niebezpiecznym, jeżeli się tylko poprzednio kanał szyjki macicznej dostatecznie rozszerzy tak, że obok cewki strzykawki płyn z macicy swobodnie może odpływać w miarę jak go nastrzykujemy.

Dla tego to też rozszerzenie kanału nazwałem operacją przedwstępną do nastrzykiwania. Nieprzyjemność tylko zachodzi ta, że rozszerzanie jest uciążliwym, z powodu że drażni, choć nie zawsze i nie każdą chorą, i że trzeba je przed każdym nastrzykiwaniem powtarzać, a więc zwykle raz na tydzień. Częstsze wstrzykiwanie nie zaleca się, bo występują wtenczas łatwo objawy zbyt wielkie do podrażnienia i zapalenia.

Po dwurazowym wstrzyknięciu, następująca miesiączka nie była tak obfita, jak przeszła, a po dalszem kilkotygodniowym leczeniu, wszelkie inne dolegliwości histerycznej natury w części zniknęły, w części pomniejszyły się tak, że chora na mą propozycję, aby za pomocą operacji usunąć stale zwężenie kanału i szyjki macicznej, nie zgodziła się i w ogóle uważała się za zupełnie zdrową.

Rozszerzenie stałe uważałem za potrzebne dla 3 przyczyn: Najprzód sądziłem, że tylko tym sposobem możnaby bezpłodność usunąć; powtóre, zwężony kanał utrudniając swobodny krwi odpływ, mógł się, jak to już nadmieniałem, podrażnieniem przyczyniać do obfitego miesiączkowania; i nareszcie, żeby zapobiedz większemu nagromadzeniu się krwi w jamie macicznej (*haematometra*), w jaki sposób ta ewentualność nastąpićby mogła później wytłumaczę.

Drugi wypadek obserwowałem początkowo w mieście, później w klinice G u s s e r o w'a. Chora 35 lat przeszła licząca przedstawia wygląd nie zbyt cierpiący. W 16 roku dostała pierwszy raz miesiączkę i miewała ją regularnie aż do 30 roku. 4 razy porodziła, połogi były wszystkie prawidłowe, dzieci zdrowe. Przed ostatnią razą porodziła bliźnięta. Po tym porożu miewała chora

obfitszą miesiączkę i białe upławy nie zbyt obfite. Jedno i drugie polepszyło się po nastrzykiwaniu do pochwy, a nie długo po tem nastąpiła czwarta i zarazem ostatnia brzemiennosc. Po położu ostatnim powtórzyła się miesiączka obfita i białe upławy w daleko wyższym stopniu, jak przedtem. Tu znowu zalecił lekarz nastrzykiwania do pochwy, ale czego, nie umie pacjentka powiedzieć, a gdy te nie skutkowały, przyżegał wewnątrz, zapewne usta maciczne, kwasem saletrzanym, poczem krwawienia ustały.

Obecnie skarży się chora na ból głowy, brak apetytu, niestrawność, osłabienie i t. p., w ogóle na nieprawidłowe funkcyowanie nieomal wszystkich przyrzadów, jak to często natrafiamy u kobiet histerycznych. Miesiączkowanie odbywa się bez wszelkich bólów, towarzyszy mu tylko uczucie ciężkości wewnątrz i jest cokolwiek za obfite.

Wymacywanie brzucha nie pokazuje nic nie prawidłowego.

Poszukiwanie wewnętrzne: Spoidło tylne warg przerwane; pochwa jak na kobietę, która już 4 razy rodziła, w dolnej części nie zbyt szeroka, ku górze węższa jak normalnie. Części pochwowój macicy nie wyczuwamy jako czopka wystającego do pochwy, tylko dostrzegamy w środku dna pochwy jakieś ciało, dające uczucie niewyraźne części pochwowój; otworu żadnego niewymacywamy. Po bokach czujemy pod palcem fałdy twarde dające uczucie blizn. Po wprowadzeniu wziernika widzimy stan następujący: pochwa kończy się sklepieniem, w którym od stron do środka promienisto przebiegające beleczki wystają na powierzchni blizny, najgęściej w środku, gdzie znajduje się także nieznaczne zagłębienie. W zagłębienie to próbował prof. G u s s e r o w kilka razy wprowadzić bardzo cienki zgłębnik, później nawet tylko drucik, lecz bezskutecznie. Na pytanie, z kąd mogło powstać to zrośnięcie pochwy u góry, (takie bowiem stawiał G u s s e r o w rozpoznanie co do tych blizn), bez trudności odpowiemy, że w skutek nieostróżnego i niestosownego przyżegania ust macicznych stężonym kwasem azotnym; choroba zaś, przeciwko której lekarz użył tego środka—przerost i owrzodzenie części pochwowój.

Na drugi dzień podjęte próby, już nietylko dla samego leczenia, lecz aby się na pewno przekonać o prawdziwym stanie rzeczy, (bo jakoś sam G u s s e r o w nie był pewny, czy się nie omylił w rozpoznaniu), doprowadziły do lepszego rezultatu: udało się bowiem wprowadzić cienki drucik do kanału szyjki macicznej, co powtarzając często, dało możność zmieniać drucik na co raz grubszy. Potem udało się wprowadzić cienki zgłębnik, dalej gąbkę prasowaną odpowiedniej grubości, tak, że po 2-eh tygodniach można było przez otwór przeprowadzić palec. Teraz dopiero pokazało się, że mniemane początkowe rozpoznanie G u s s e r o w a, jakoby otwór ten znajdował się w pochwie zrośniętej w górnej części, było mylne, przeciwnie pochwa nie była zrośnięta, tylko dno jęj niżone, bliznami ściągnięte, otwór zaś maleńki, przez który udało się drucik wprowadzić, znajdował się rzeczywiście w części pochwowój macicy i był tylko bardzo zwężonem i ściągniętem ujściem macicy zewnętrznem.

Leczenie doszczętne postanowił G u s s e r o w tymczasem odłożyć do wkrótce mającej nastąpić miesiączki, najprzód dla tego, żeby ją przed operacją

obserwować, następnie żeby rany pooperacyjne miały czas zarosnąć przed nastąpieniem miesiączki. Wkrótce też po rozszerzeniu wyżej wspomnianem nastąpiła miesiączka, która nie była obfita, ani bolesna, ani zbyt długo trwała. Najbardziej nas zadziwiło, że otwór rozszerzony po miesiączce wcale się nie zwężył, lub też tylko nieznacznie, chociaż przez 2 tygodnie nie wprowadzano gąbki prasowanej. Chora używając przez ten czas tylko środków podtrzymujących jej apetyt i regulujących stolec uczuła się w końcu tak zdrową, że gdy jej prof. Gusserow dla wyleczenia doszczętnego doradzał rozszerzenie ujścia macicznego za pomocą operacji, odmówiła swego pozwolenia i na własne żądanie została wypisana z kliniki.

Brak w pierwszym naszym wypadku zastoju krwi w macicy, (haematometra), nie zadziwia nas tyle, jak w drugim, chociaż i w pierwszym wypadku przy tak obfitem miesiączkowaniu obok dość znacznego zwężenia kanału szyjki macicznej po każdym silniejszym podrażnieniu mógłby nastąpić nieżyty zamykający zupełnie kanał i w następstwie krwistek maciczny. Wprawdzie wypadki zwężonego kanału szyjki macicznej obok niezupełnego rozwinięcia przyrządu płciowego, nigdy prawie nie bywają powikłane z krwistkiem macicznym, ale też w podobnych wypadkach nie spotykamy zbyt obfitego miesiączkowania, — przeciwnie brakuje go albo zupełnie, albo występują tylko obfite wydzieliny bez wszelkiego zabarwienia krwią, lub połączone ze szczupłym odpływem takowej. W podobnych wypadkach nie możemy spodziewać się wypełnienia krwią macicy, gdyż albo jej wcale niema, albo w tak małej ilości, że i przez wąski otwór bez przypadłości wszelkich odpływać może.

W drugim wypadku naszym mając na uwadze tak mały otwór, utrudniający początkowo wprowadzenie do kanału szyjki macicznej nawet cienkiego drucika należałoby wnioskować o istnieniu krwisteku macicznego, tymbardziej, że chora jeszcze miesiączkuje, gdyż nie podobna było przypuszczać, żeby przez tak mały otwór krew miesiączkowa odpływać mogła, zwłaszcza bez wszelkich znaczniejszych dolegliwości.

Od tego mniemania naturalnie natychmiast odstępimy, zważając na brak zwykłych objawów towarzyszących krwistekowi, z których najważniejsze są bóle powtarzające się w równych zwykle 4 tygodniowych odstępach czasu, nie będące w pierwszych miesiącach zbyt dokuczliwymi jak to się zdarza przy innych formach nieprawidłowego miesiączkowania (*dysmenorrhoea*). Ta właśnie okoliczność najczęściej jest przyczyną, że lekarz prawie nigdy nie ma sposobności spostrzeżenia wypadku świeżego krwisteku macicznego, a zarazem też tłumaczy tak niepomysłne rokowanie w tem cierpieniu.

Jedno i drugie pozwolę sobie wytłumaczyć kilku słowy, opuszczając inne objawy krwisteku jako ogólnie znane.

Bóle w początkach nieznaczne stosunkowo do ważności cierpienia powodują, że chore szukają pomocy lekarza dopiero wtenczas, gdy choroba już bardzo wielkie przybrała rozmiary. Często bowiem jeżeli chora jeszcze nie miała miesiączki, a krwistek u niej nastąpił bądź to wskutek jakiej nieprawidłowości wrodzonej, jakoto: braku pochwy, co rzadko bywa przyczyną krwisteku, bo wten-

czas zwykle brakuje całego przyrzędu płciowego, albo wskutek braku otworu w błonie dziewiczej lub innej nieprawidłowości w wykształceniu przyrzędu płciowego, bądź też wskutek później nastąpnego zarostu otworu przyrzędów płciowych np. przez zarośnięcie pochwy po ostrych wysypkach: płonicy i odrze, które to ostatnie zamknięcia otworu bardzo często zaliczane bywają do wrodzonych, bo zwykle przed nastąpieniem miesiączki pierwszej uchodzą niepostrzeżenie, powtarzam, często w tych wypadkach matki poczytują to za bóle zwiastujące pierwszą miesiączkę i nie szukają rady lekarskiej. Tak samo cierpiące krwistek kobiety, które już poprzednio miesiączkowały, a miesiączka ustąpiła wskutek choroby często téj samój, jaka w następstwie do krwisteku doprowadziła, uważają bóle albo za pochodzące po prostu od cierpienia pierwotnego, albo nawet za zwiastuny polepszenia t. j. mającej napowrót wystąpić miesiączki. Z tych to przyczyn zwykle chore tego rodzaju nie szukają pomocy lekarza, i albo nic nie czynią, albo używają środków domowych, albo nakoniec troskliwsze z nich udają się do bab. Nareszcie wyznać trzeba, ze wstydem, że zdarzają się nawet jeszcze i teraz wypadki, w których lekarz w skutek nadzwyczajnej wstydlivosti bądź innej jakiej przyczyny obawiając się ścisłego poszukiwania zgadza się bez takiego na poglądy poczciwych matek lub poważnych matron i przepisuje środki namiesięczne często na szczęście wątpliwój skuteczności, a jeżeli skuteczne wtenczas nie tylko szkodliwe, ale zwykle wprost zabijające, bo powiększając napływ krwi do macicy, a nie usuwając przyczyny zastoju doprowadzają często do pęknięcia torbiela, zapalenia otrzewnej i śmierci.

Na podobne niebezpieczeństwo wystawiamy naszych chorych, jeżeli operując robimy od razu wielki otwór dla odpływu zastojowej krwi, daleko mniej niebezpiecznym jest, jeżeli postaramy się o wolny odpływ za pomocą małego otworu. W różny sposób tłómaczono sobie przyczyny tego. Głównym bez wątpienia powodem niebezpieczeństwa po szybkim odpływie krwi są jajowody często torbielowato rozszerzone i wypełnione krwią, a odgraniczone zwykle od jamy macicznej zarostem wysiękowym wewnętrznego otworu jajowodu. Po odpływie bowiem krwi z jamy macicznej objętość macicy samój przez skurczenie nagle bardzo się zmniejsza, co koniecznie musi wywierać znaczny nacisk na zrosty powstałe między nią a torbielowatemi jajowodami, wskutek czego bardzo często torbiele pękają, a spostrzegano nawet przy badaniu pośmiertnym nieraz, że kawałek ściany torbielowatego jajowodu był widocznie wyrwany przez więzy i z takowemi zrośnięty leżał przy macicy. Śmierć w tych razach następuje wskutek zapalenia otrzewnej powstałe przez przedziurawienie jój.

Oto jest wytłómaczenie przyczyny powodującej tak złe rokowanie w niektórych razach tego cierpienia; zdarza się jednak, że choć i mały otwór zrobimy dla odpływu krwi, następuje pęknięcie torbiela już to wskutek tego, że więzy wysiękowe zanadto są niepodatne, już też dla tego, że krew znajdująca się w jajowodach oddzielona zarostem od jamy macicznej nie może odpłynąć z torbiela, przeciwnie ilość jój przez nowy wysięk ze ścian jajowodów, chociaż tylko surowiczy, powiększa się i powoduje pęknięcie.

Dla leczenia krwisteku macicznego należy:

1. Operować jak najrychlej, nim jeszcze torbielowate rozszerzenie jajowodów się utworzy.

2. Mały tylko otwór robić dla odpływu krwi, tak żeby takowy 10 — 14 dni trwał, co pozwala zrośnięciom i więzom wysiękowym powoli się wyciągnąć, przedłużyć.

3. Po odpływie krwi i tymczasowem wyzdrowieniu starać się później przez rozszerzenie albo wycięcie o utrzymanie dostatecznego otworu dla odpływu krwi miesięczkowej.

Jako środek zapobiegający zastojowi krwi w macicy zaleca się rozszerzenie zwężonego otworu lub kanału szyjki macicznej, skoro tylko pierwsze objawy nieprawidłowego miesięczkowania się pokażą i dostrzegamy, że otwór nie jest o tyle obszerny, żeby odpływ krwi zupełnie swobodnie miał miejsce. Długo się sprzeczano jakim sposobem należy rozszerzać otwór maciczny, a byli nawet znakomici ginekolodzy, jak Scanzoni, którzy przeciwni byli wszelkiemu rozszerzeniu na drodze operacyjnej uważając takowe za niepotrzebne, gdyż główne objawy, jak: nieprawidłowe miesięczkowanie i bezpłodność podług nich mają zależeć od nieżyty kanału szyjki macicznej z usunięciem którego i wyż wzmiankowane objawy ustępują. Opierają swoje twierdzenia na tem, że krew odpływa w tym samym stosunku, w jakim bywa wydzieloną, a ponieważ nie massami, ale kroplami wydziela błona śluzowa jamy macicznej krew miesięczkową, więc takowa chociażby przez najbardziej zwężony otwór, skoro tylko w ogóle istnieje, kroplami też może odpłynąć. Interwencya operacyjna niezbędna jest tylko w razie zupełnego zatkania lub też zarośnięcia otworu, lub kanału szyjki macicznej.

Wywody ich poniekąd są słusznymi, ale zapominają, że zwężenie otworu chociaż nie wprost odpływowi krwi przeszkadza, to jednakowoż jako stan już patologiczny przy najmniejszej przyczynie zewnętrznej, któraby sama bez zwężenia na ustrój żadnego nie wywarła szkodliwego wpływu, wywołuje właśnie nieżyt kanału szyjki macicznej, a tem samem staje się często przyczyną zбочeń w miesięczkowaniu, a w następstwie krwisteku macicznego. I tak znajdziemy np. nieraz, że początkowo obok zwężenia otworu macicznego nie było zбочeń w miesięczkowaniu, a dopiero gdy wskutek jakiej nieznacznej szkodliwości np. po zameściu wskutek spółkowania, powstaje najprzód podrażnienie, obrzmienie, nareszcie nieżyt, wtenczas pokazują się dolegliwości podczas miesiączki. Wtenczas dopiero przypuszczać należy, że powstaje na krótki czas zupełne zamknięcie otworu. Początkowo zatrzymuje się może tylko 6—8 kropli krwi w jamie macicznej, wskutek czego bóle dolegliwe powstają, bo jama maciczna prawdziwie w stanie prawidłowym nie istnieje, więc już ta mała ilość krwi wywołuje znaczne podrażnienie, na które macica oddziałuje podług indywidualnego usposobienia u jednych kobiet prędzej i mocniej, u innych później i słabiej kurczami boles-

nemi podobnemi do bólów porodowych, któremi wydała nagromadzoną krew z swęj jamy. Nowe nagromadzenie wywołuje nowe bóle i tak powtarza się to kilka razy podczas jednej miesiączki.

Z każdą następną miesiączką powiększa się cierpienie, ujście zewnętrzne macicy i w ogóle cały kanał coraz mniejsze przedstawia światło wskutek przerostu ścian szyjki macicznej spowodowanego przez długo trwający nieżyt, dopóki nie nastąpi trwałe zamknięcie otworu macicznego i krwistek maciczny (*haematometra*). Zwykle skarżą się kobiety cierpiące na tę chorobę zanim dojdzie do zastoju krwi w macicy, że bóle, t. z. kolki maciczne, przed miesiączką się pojawiają, myląc się dla tego, że krew wydzielana na błonie śluzowej w początku miesiączki zatrzymuje się w sposób wyżej opisany w jamie macicznej i dopiero wskutek skurczów macicy zostaje wydaloną na zewnątrz, od którego to momentu kobiety zwykły rachować początek miesiączki.

Po kilku, a nawet kilkunastokrotném powtórzeniu się tego zajścia podczas krótszego lub dłuższego szeregu miesiączek zaczyna i sam miąższ macicy i otoczenie cierpieć, powstaje oprócz przerostu ścian szyjki macicznej i zapalenie okółomaciczne, (*peri i parametritis*). Operacya więc w stanie takim macicy wykonywana jest przyczyną, że okrzyczano ją za nader niebezpieczną, boć nie naturalniejszego jak, że przez leczenie operacyjne już istniejące podrażnienie jeszcze się powiększa i powstaje ropień w miednicy, albo, co gorsza, zapalenie otrzewnej ropnica posocznica i śmierć.

W pierwszym naszym wypadku nie istnieje zastój krwi w macicy, bo przyrząd płciowy nie jest normalnie rozwinięty i chora nie cierpi na nieżyt szyjki macicznej. Że zaś w drugim wypadku nie natrafiamy go, to tylko osobliwшему szczęściu chorój możemy przypisać i téj okoliczności, iż nietylko niespostrzegamy niezytu ale nawet niema najmniejszego podrażnienia naokoło otworu macicy; pomimo to, uważał Gusserow za konieczne chorój proponować rozszerzenie krwawe otworu zwężonego, żeby właśnie zapobiedz tym przypadłościom.

Sposobów rozszerzania nie będę rozbierać szczegółowo, jako ogólnie znanych; nadmienię tylko że na czas dłuższy jedynie tylko krwawe rozszerzenie skutkuje, wyjątkowo zaś, jak w drugim naszym wypadku, rozszerzenie blaszkowcem albo gąbką prasowaną na dłuższy cokolwiek, jak zwykle, czas pozostaje. Ocenienie należyte i krytyczny zarazem rozbiór tak rozszerzania za pomocą blaszkowca, jako i na drodze operacyi, oraz ocenienie różnych metod operacyjnych podaje w sobie właściwym, nadzwyczaj zajmującym opisie zarazem z mnogimi przykładami Marion Sims w II-gim rozdziale swego dzieła „Klinika chirurgii macicy,” w przekładzie niemieckim przez D-ra H. Beigela wydanego w Erlangen u F. Enkego 1870 r. W tem samem dziele w II rozdziale znajduje się wypadek zwężenia otworu macicznego opisany zarazem ze sposobem, w jaki je Sims wyleczył. Dodam tylko na zakończenie, że prof. Gusserow uważa za najlepszy instrument do operacyjnego rozszerzenia otworu macicznego Greenhalgh'a

zmodyfikowany uterotom i wprowadza go nie raz, jak inni, ale dwa razy do kanału macicy robiąc cięcie na krzyż, przez co otrzymuje kątowe rany, które nie tak prędko zarastają. Żeby otwór powiększony po zagojeniu ran się nie zwążył, przynajmniej nie za bardzo, wprowadza Gusserow czopek z waty umaczany z początku w *liqu. ferr. sesquichl.*, później w glicerynie, twierdząc, że wszelkie inne na ten cel wynalezione narzędzia zupełnie są niepotrzebne.

O metodzie M. Sims'a wyraża się nie zbyt przychylnie, twierdząc, że wymyślił ją tylko z przywiązania do bocznego swego położenia i do swego wziernika, co zdaje się być nie zupełnie sprawiedliwym sądem.

II-ie SPRAWOZDANIE LEKARSKIE

z Instytutu Oftalmicznego Imienia księcia Edwarda Lubomirskiego za rok 1872.

Przez Dra. med. Narkiewicza-Jodko.

(Dalszy ciąg *).

Operację częściowego wycięcia tęczy (*iridectomy*) zrobiliśmy razy 88; 6 razy jako akt wstępny do operacji zaciemka (wydobycia tegoż), w razach gdzie obie soczewki współcześnie ciemnieć zaczęły i chory, już nie mogący sam sobie dawać rady, zgłosił się do operacji z niedojrzałymi zaciemkami. W takich wypadkach, gdy rozszerzalność źrenicy jest dobra a oko znajdzie się w warunkach zdrowia jak najlepszych, robimy tylko rozdarcie torebki przedniej a we dwa tygodnie później, gdy przednie warstwy korowe soczewki (najpóźniej ciemniejące) już pociemniały, przystępujemy do operacji wydobycia zaciemka. Jeżeli zaś źrenice nie dobrze się pod wpływem atropiny rozszerzają a przytem podejrzewamy, że oko wewnątrz nie zupełnie jest zdrowem, w takim razie wycinamy na przód kawałek tęczy (od góry), w 10 dni po tem rozdieramy torebkę, a we dwa tygodnie po tej ostatniej operacji przystępujemy do wydobycia zaciemka.

Z zachowaniem tych środków ostrożności przystępując do operacji, możemy się poszczycić stasystyką rzeczywiście doskonałą bo do dziś dnia t. j. chwili w której piszę tę część sprawozdania, na przeszło sto operacji wydobycia zaciemka sposobem Gräfe'go, mieliśmy tylko w jednym wypadku zapalenie ropne tęczy i naczyńówki (*panophthalmitis*) a w dwóch zapalenie tęczy i wyrostka rzęskowego (*irido cyclitis chronica*), po których chorzy opuścili szpital z ujemnym rzeczywiście rezultatem operacji.

48 razy wykonaliśmy operację wycięcia częściowego tęczy w celu poprawienia wzroku a mianowicie:

*) Patrz: Nr. 12, 16, 17 i 5. Gaz. Lek.

z powodu plam rogówki, środkowych lub licznych	18
z powodu plam rogówki i przylepień tęczy do soczewki	5
z powodu przylepień tęczy do soczewki	6
z tych jedna z połowicznym rezultatem.	
z powodu wrośnięć tęczy w rogówkę	12
z tych jedna z rezultatem połowicznym.	
z powodu zaciemka następczego (<i>cataracta secund.</i>)	3
z powodu zaciemka błoniastego skórczonego (<i>cataracta membr.</i>)	4
34 razy wykonaliśmy tę operacyę z powodu chorób zapalnych oka, a mianowicie:	
z powodu jaskry zapalnej ostrój, (<i>glaucoma acutum</i>)	2
z powodu jaskry następczej (<i>glaucoma secundare</i>)	8
w sprawozdaniu ogólnem wypadki jaskry téj zaliczonemi zostały do <i>leucoma adher.</i>	
z powodu jaskry zwyczajnej (<i>glaucoma splx.</i>)	8
raz z rezultatem połowicznym.	
z powodu jaskry z zupełną ślepotą połączonój (<i>glaucoma absolutum</i>)	
z powikłaniami zapalnymi	4
z tych dwie z rezultatem połowicznym.	
z powodu przewlekłego zapalenia tęczy i wyrostków rzęskowych (<i>iridocyclitis chronica</i>)	4
tylko jedna z tych dała rezultat dodatni trzy pozostałe były bez za- dnego wpływu na chorobę.	
z powodu zaciemka wypadkowego (<i>cataracta traumatica</i>) powikłanego za- paleniem tęczy i wyrostków rzęskowych	1
z powodu wrośnięć tęczy w rogówkę powikłanych podrażnieniem peryody- cznem i nerwobólami	3
z powodu przyczepów tęczy tylnych (<i>synechia posterior</i>) jako przyczyny częstych recydyw zapalenia tęczy	4

Porównywając sprawozdanie tegoroczne z przeszłorocznem, zadziwiającym jest stosunek wypadków jaskry ostrój; w przeszłym roku na 265 chorych 6 wypadków w tym zaś na 478 chorych 2 tylko; zdawałoby się, że był to rok ubogi na jaskry ostre, bo i w przysłanem mi łaskawie sprawozdaniu z kliniki prywatnej okulisty Berlińskiego D-ra E w e r s'a, w której obrót chorych jest prawie taki jak u nas (451, u nas 478) zanotowanym jest tylko jeden wypadek jaskry ostrój, że jednak tak nie jest, przekonują mnie księgi z zawiadywanego jeszcze przezemnie w roku przeszłym oddziału ocznego w szpitalu tutejszym starozakonnych, w którym w ciągu roku 1872 było na 210 chorych 10 wypadków jaskry ostrój.

Stosunek ten pokazuje do jak błędnych dojść można wniosków statystycznych opierając się na pojedynczych i z jednego szpitala poczerpniętych danych z drugiej zaś strony przekonują o stosunkowo znacznie częstszym pojawianiu się téj choroby u starozakonnych; pewniejsze wnioski w tym względzie można powziąć ze statystyki przez czas mego zajmowania się w szpitalu starozakonnych a więc przez 12 lat układniej; na 2305 chorych w tym czasie leczonych było 87 wypadków jaskry zapalnej.

Dwie operacye wycięcia tęczy częściowego wykonane w celu poprawienia wzroku miały rezultat połowiczny: raz z powodu zakłócia tęczy lancą niedługo po wprowadzeniu téjże do oka, w skutek czego lancę należało z komórki przedniej

wyciągnąć i cięcie było za małe tak, iż tylko wąski kawałek tęczy mógł być wyciągniętym i odciętym, drugi raz przy wrośnięciu tęczy w rogówkę, mieliśmy do czynienia z zupełnym brakiem komórki przedniej, przecięcie rogówki było wykonane nożykiem Gräfe'go, ale pomimo iż było dosyć szerokie, niemogliśmy jednak przez nie wyciągnąć i wyciąć dosyć dużego kawałka tęczy tak zanikłej i wątlój, iż tylko małutkimi kawałeczkami nie wycinaną ale wyszarpywaną być mogła. Obie te jednak operacye były nam na przyszłość o tyle pomocne, iż po ich wykonaniu komórka przednia w obu wypadkach powiększyła się i poprawcza operacya mogła z tego powodu być dokładniej i z pomyslnym dla oka chorego rezultatem wykonaną. Pierwszy chory odzyskał ostatecznie $\frac{2}{10}$ siły widzenia a drugi możność prowadzenia się bez obcej pomocy. Operacye wycięcia częściowego tęczy wykonywane z powodu chorób oka zapalnych dały znacznie gorsze rezultaty, na 34 bowiem tego rodzaju operacyj mieliśmy 3 z rezultatem połowicznym i 3 bez rezultatu. Przy jaskrze zwyczajnej mieliśmy jeden rezultat połowiczny, pomimo bowiem dokładnego wykonania operacyi wzrok stopniowo choć pomału dalej się pogarszać zaczął, po miesiąc trwającym niewielkiem polepszeniu i w tym stanie chory zdesperowany instytut opuścił.

W jednym wypadku jaskry absolutnej było dwa razy wykonane wycięcie tęczy częściowe z polepszeniem krótko-trwałem objawów zapalnych, w końcu jednak gdy objawy te, pomimo dwóch prawidłowo wykonanych operacyj, z ogromną siłą nanowo wystąpiły, wyluszczyliśmy chorą gałkę i znaleźliśmy siatkówkę na całej przestrzeni oddzieloną od naczyniówki, a przestrzeń pomiędzy obu temi błonami wypełnioną krwią płynną która ciągle, z otwartych zapewne naczynek naczyniówki przyplływając, zwiększała śródoczne ciśnienie i utrzymywała oko w stanie podrażnienia znacznego.

Najgorsze rezultaty były jak zwykle po operacyach wykonanych przy zapaleniu przewlekłym tęczy i wyrostków rzęskowych (*irido-cyclitis chronica*). Ze względu na statystykę operacyjną, wygodniej i korzystniej byłoby dla okulistów żeby wcale w tych wypadkach operacyi nie wykonywali, ale względy sumienia na to nie pozwalają i chociaż z prawdziwą niechęcią do operacyi w tych wypadkach preystępujemy, chociaż z ogromnemi one zwykle połączone są trudnościami to jednak te 25% wypadków udatnych, jakie w najlepszym razie uzyskać możemy, powinny być dostatecznym bodźcem do działania i na tém nie wdzięcznym polu.

Cztery operacye wycięcia tęczy częściowego z powodu tego zgubnego zapalenia wykonaliśmy na 3-ch indywiduach, w dwóch stwierdziliśmy jeszcze przed operacyą cechy zaniku gałki, ale uczucie światła było jeszcze niezłe; operacye pomimo wzorowego wykonania nie przyniosły żadnego rezultatu (nadmienić tu musimy, że oba te wypadki należały do kategorii zapaleń sympatycznych, w jednym znaleźliśmy drugiooczodół już pozbawionym gałki, jako wywołującej zapalenie sympatyczne, w drugim sami wyluszczenia dokonaliśmy, a współcześnie wycięcie tęczy częściowe na drugim). Trzecią i czwartą operacyę wykonaliśmy na obu oczach jednej chorój i jakkolwiek prawe oko nie poprawiło się po operacyi mieliśmy prawdziwą przyjemność stwierdzenia poprawy na drugim, chora bo-

wiem przyprowadzona do nas i rozeznająca tyłkoruchy ręki, wyszła sama z instytutu a okiem lewym rachowała dobrze palce na przestrzeni 15'.

Na zakończenie tego działu musimy opisać jedną operację wycięcia tęczy częściowego, podczas której wystąpiły pewne nieprzewidziane techniczne trudności, dla pokazania kolegom w naszej specjalności jak mając zawsze w pamięci ogólne przepisy operacyjne, nie trzeba nigdy być rutynistą ale pamiętając o wszystkich zasobach jakie posiadamy, umieć sobie dawać radę chociażby odstępując od zwyczaju zwykle w użyciu będącego.

Obserwacya 4. Wyrobnicza W. P. lat 36, leczona przed 4-ma laty w jednym ze szpitali Warszawskich na zapalenie (prawdopodobnie dyfterytyczne) łącznicy, opuściła takowy z zanikiem galki lewej i olbrzymią plamą w rogówce prawej; plama zajmowała $\frac{3}{4}$ rogówki tak, iż tylko w zewnętrznym kwadrancie mogliśmy na przestrzeni 3^{'''} długości i 1,5^{'''} — 2^{'''}, szerokiej przejrzeć wrośniętą w plamę tęczę; komórki przedniej niema wcale, uczucie światła bardzo dobre, widzenie odpowiednie zmianom anatomicznym. W parę dni po przyjęciu chorąj przystąpiliśmy do wykonania sztucznej źrenicy: wprowadzenie lancy (jak można naj bardziej peryferyczne) i przeprowadzenie téjże pomiędzy tęczą a rogówką, bez zagabnięcia której kolwiek z tych obu przylegających prawie do siebie części, udało się nam doskonale; przystąpiliśmy następnie do wyciągnięcia tęczy. Dla ujęcia i wyciągnięcia większego kawałka tęczy używamy zwykle nieco większych rozmiarów cążek, tak zwanęj „*Iridictomie pincette*“ i w tym razie ujęliśmy podawane nam cążki i weszliśmy do komórki przedniej; wchodząc już czuliśmy pewne trudności, pewien opór ze strony tęczy, ale to nas przy ciasności komórki przedniej nie zadziwiło, gdy jednak otworzyliśmy ramiona cążek dostrzegliśmy, iż przełamując opór uczuwany przy wprowadzaniu, rozdarliśmy tęczę w kierunku wprowadzanym cążkom odpowiednim, pomiędzy roztwartemi bowiem ramionami cążek nie widzieliśmy ani śladu tęczy tylko czarną połyskującą powierzchnię soczewki (nową źrenicą); przy zamknięciu ramion cążek ta nowa źrenica zniknęła, rozciągnięte bowiem brzegi ranki w tęczy przybliżyły się do siebie i otworek zamykały. Po kilku bezskutecznych próbach uchwycenia którejkolwiek z brzegów ranki, zmuszeni byliśmy wyciągnąć z komórki cążki jako nieodpowiadające celowi zamierzonemu; byliśmy pewien czas w wątpliwości, co nam dalej robić należy aż wpadliśmy na myśl, że tylko rozmiary cążek nie stosowne do rozmiarów komórki przedniej stały na przeszkodzie dokończeniu operacyi, wzięliśmy tedy cążki zagięte używane przy sposobie *Gräfe* go wydobywania zaciemka i temiż jak najwygodniej wyciągnęliśmy najprzód jedną, a potem drugą połowę przeznaczonego dla odcięcia kawałka tęczy i odcieliśmy wykonywając w ten sposób czystą i szeroką iridektomię. Soczewka nie została skaleczoną a chora w 10 dni po operacyi opuściła instytut w stanie niepozostawiającym nic do życzenia, mogła bowiem rachować palce na przestrzeni 26 stóp i zajmować się grubszenią robotami.

(Dalszy ciąg nastąpi).

K R O N I K A Z A G R A N I C Z N A .

O rozwoju raków.

Przez prof. D-ra. *Waldeyer*'a.

Podał w streszczeniu Dr. *St. Jerzykowski*, lekarz w Poznaniu.

W r. 1867 napisał *Waldeyer* po raz pierwszy dłuższą rozprawę pod tytułem „*Ueber die Entwicklung der Carcinome (Virchow's Archiv 41)*“, skutkiem której badacz ten po mozolnej pracy i wielu na dowód przytoczonych wypadkach doszedł do następującego rezultatu: „raka uważam istotnie za nowotwór nabłonkowy i mniemam, że powstaje pierwotnie tylko tam, gdzie się znajdują prawdziwe nabłonkowe twory. Następczo może rak rozwinąć się tylko przez bezpośrednie rozmnażanie (*propagatio*) się komórek nabłonkowych

albo też przez naczynia krwionośne, lub chłonicza i to w ten sposób, że komórki rakowe dostawszy się na stosowne miejsce mogą się tamże rozmnażać dalej na wzór zarodków wewnątrzaków“. Przeciwno teorii tej wystąpiło w początku bardzo wielu przeciwników. Tem skrzętniej też zbierał W. wszelki możliwy materiał, aby zapełnić niejedyn niedostatek w dawniejszem przedstawieniu rzeczy, a po drugie aby faktami przytoczonymi na dowód ustalić teorię swą silniej, aniżeli to dawniej było w jego mocy. W tomie 55 wspomnianego pisma Virchow'a ogłosił W. po raz drugi obszerną rozprawę, także pod tytułem „*Entwicklung der Carcinome*“, w której się stara uzasadnić, że wszystkie raki ze względu na swe istotne części składowe są naroślami nabłonkowymi.

Od pierwszego wystąpienia W. a więc w przeciągu lat kilku, liczba zwolenników jego zasady zwiększyła się znacznie Billroth, który z początku ¹⁾ przyjmował dwa raki, rozwój dla raków piersiowych, jeden z części składowych gruczołu (rak gruczolowy), a drugi z tkanki łącznej (rak tkanki łącznej) objawił się w swem najnowszym wydaniu swęj ogólnej chirurgii jako najzagorzalszy obrońca nabłonkowego rozwoju raków. Tak samo w najnowszych dziełach Rindfleisch'a Klebs'a i Lücke'go ²⁾, nie trudno dostrzedz skłaniania się ku teorii ugruntowanej przez Thiersch'a ³⁾, Billroth'a i Waldeyer'a.

Z autorów zaś niemieckich należy tu nadmienić Cornil'a ⁴⁾ i Robina którzy podobnie dla większej części raków przyjmują nabłonkowy rozwój, chociaż nie zgadzają się na sposób w jaki powstają nabłonki same.

Ale i przeciwników liczba jest dość znaczna, Köster ⁵⁾ sądzi, że wszystkie raki — rozwijają się przez bujanie śródbłonka naczyń chłoniczych; Classen ⁶⁾ zaś utrzymuje, że komórki rakowe są wywędrowanemi amoebowemi komórkami krwi. Klebs, Rindfleisch E. Neumann ⁷⁾, R. Maier ⁸⁾, Birch-Hirschfeld hołdują częściowo wszystkim dzisiejszym teoriom, przypuszczając rozwój z nabłonka, tkanki łącznej, bezbarwnych ciałek krwi i śródbłonka naczyń chłoniczych. E. Wagner ⁹⁾ rozróżnia raka nabłonkowego i raka tkanki łącznej (Bindegewebekrebs), zwanego przezeń także rakiem zwyczajnym który ma brać początek z komórek tkanki łącznej. Müller ¹⁰⁾ zaś rozróżnia rakowca (*epithelioma*) i raka (*carcinoma*). Początek rakowca, który posiada tak pod względem anatomicznym jak klinicznym właściwości charakterystyczne dotąd dla raków, wyprowadza z nabłonka; rak zaś, którego uważa jako osobny rodzaj nowotworu z rzędu tkanki łącznej, zdaniem jego powstaje przez zarażenie się (*infectio*) jakimś szczególnym rakowatym jadem (*virus*). Opuszczając dalsze szczegółowe wyliczanie różnych w tym względzie zdań, wspomnę tylko jeszcze, że niektorzy wywodzą początek raków z komórek mięśniowych, inni z nerwowych, z wypocin włóknikowych, ciałek kostnych i t. d., tak iż nie masz prawie żadnej tkanki, z którejby nie chciano wywołać rakowych komórek. Widać tu zamęt prawdziwie chaotyczny, jaki trudno znaleźć w jakimkolwiek innym dziale anatomii patologicznej.

Z tego krótkiego zestawienia najrozmaitszych zdań pod względem rozwoju raków widać, że teoria o nabłonkowym rozwijaniu się raków ma najwięcej stosunkowo zwolenni-

1) Handbuch der speciellen Chirurgie, red. v. Pitha u. Billroth, Bd. III, Abth. 2. Lief. 1. 1865. — Aphorismen über Ademon u. Epitheliakrebs, Archiv für kl. Chirurgie 1866.

2) Die Lehre von der Geschwülsten in anatom. u. klinischer Beziehung. Pitha-Billroth's Handbuch der Chirurgie Bd. II, Abth. 1. Erlangen 1869.

3) Der Epitheliakrebs namentlich der Haut. Leipzig 1865.

4) Cornil, contributions à l'histoire de développement histologique des tumeurs épithéliales. Robin, Journal de l'anatomie et de la physiol. T. II. p. 266

5) Die Entwicklung der Carcinome u. Sarkome, Abth. 1. Würzburg 1869.

6) Über ein Cancroid der Cornea u. Sklera. Ein Beitrag zur Entwicklungsgeschichte der Carcinome. Virchow's Archiv. Bd. 50.

7) Disquisitiones nonnullae de histogenesi carcinomatis institutae. Comment. acad. Regimenti Borussorum 1869. 4.

8) Lehrbuch der allgem. patholog. Anatomie, Leipzig 1871.

9) Handbuch der allgem. Pathologie. 1868.

10) Jenaische Zeitschrift für Medicin u. Naturwissenschaft Bd. VI.

ków. Godnem uwagi jest tutaj, że wielu badaczy przyznaje raz w tym raz w owym wypadku raków pochodzenie nabłonkowe, co bez wątpienia uzasadnia wielce teorię nabłonkową, bo trudno pojąć, jak nowotwory o równej budowie w jednym i tym samym organie mają brać początek raz od tych, drugi raz od owych elementów tkanki. Trudniejszą atoli jest sprawa z temi przeciwnikami, którzy przyjmują tylko jeden sposób rozwijania się raków.

Przedewszystkiem należy się tutaj zapytać, jakie dane fizyologiczne i patologiczne mówią za tą lub ową teorią co do powstawania narośli, które klinika uznała jako raki.

Co do faktów fizyologicznych należy tu nadmienić, że od chwili, w której nastąpiło rozróżnianie komórek bruzdowatych i wytworzenie się listków zarodkowych, nie zachodzi już żadna mieszanina komórek rozmaitego kształtu i rodzaju, lecz takowe posiadają różne znaczenie w stosunku do siebie. Komórki które należą do górnego listka zarodkowego, nie mogą później podejmować embryologicznych i fizyologicznych czynności, należących do komórek listka gruczołów jelitowych; również nie mogą się także komórki przetrworzyć w poprzecznie pręgowane włókienka mięśniowe albo w ciątka tkanki łącznej. Po utworzeniu się więc listków zarodkowych komórki zachowują statecznie możnaby nawet powiedzieć upoczywie nadany im charakter i przekazują takowy dalej.

Co do znamion właściwych komórkom nabłonkowym; to należy do najważniejszych i najwięcej charakterystycznych to zjawisko, iż nabłonki są zawsze położone tylko obok siebie, a nigdy nie łączą się nawzajem tak, iżby jedna komórka miała z drugą zrosnąć organicznie przez wyrostek pierwotworowy. Nie widać tego nigdy przy normalnych nabłonkach, ani też przy patologicznie wytworzonych. Inaczej ma się rzecz z komórkami mięśniowymi, nerwowymi i tkanki łącznej, takowe łączą się nawzajem organicznie przez rozliczne wyrostki pierwotworowe i tworzą przez to prawdziwą tkankę, którą do połączenia swego niepotrzebuje żadnego osobnego lepiszcza (kitu). Komórki nabłonkowe mogą wprawdzie wypuszczać najrozmaitszego rodzaju wyrostki, które mogą być tak liczne, iż komórki spajają się na podobieństwo dwóch szczotek złożonych do siebie szerścią, ale nigdy nie łączą się z sobą organicznie. Inaczej ma się rzecz z śródbłonkami naczyń i błon surowiczych Kundrat ¹⁾ i Durante ²⁾ dowiedli że takowe pod wielu okolicznościami, a mianowicie przy podrażnieniu różnego rodzaju, wytwarzają włókienkowate wyrostki i mogą nawzajem się stopić (*verschmelzen*).

Jako drugie znamie, służące dla odróżnienia od tkanki łącznej należy to mianowicie uważać, iż nabłonki nie posiadają nigdy ani naczyń krwionośnych ani też chłonnych. Zachodzi wprawdzie jak jeszcze później nadmienimy, przy rozwijaniu się raków pewien rodzaj naczyńkowatości nabłonka, ale jest to tylko wyrastanie pętlic naczyńniowych ku pokładowi nabłonka. Pętlice te jednakże są zawsze od nabłonka przedzielone tkanką łączną, tak iż naczynia nie graniczą nigdy bezpośrednio z nabłonkiem.

Trzecią ważną różnicę stanowią dalsze przemiany, jakim podlegają komórki nabłonkowe, tkanki łącznej, mięśniowe i nerwowe.

W nabłonkach nie wytwarza się nigdy istota międzykomórkowa w ścisłym znaczeniu tego słowa, mianowicie zaś nigdy taka, która daje klej lub chondrynę. Jest to punkt bardzo ważny w praktyce, szczególniej przy rozróżnianiu niejednych trudnych do zbadania narośli nabłonkowych lub tkanki łącznej, mianowicie zaś rdzeniowych mięsaków (*sarcoma*) i raków. Wszystkie istoty międzykomórkowe wytworzone przez nabłonki przedstawiają się jako wypociny zasadowe (*Basalauausscheidungen*) a do najważniejszych następstw ich przemian należy istota rogowa, kolloidalna i śluzowa. Pierwszych dwóch przemian nie znajdujemy w pozostałych tkankach ciała, a ostatnia nie objawia się nigdy w ten sposób jak tutaj.

Nadto ważnym bardzo w tym względzie punktem jest zachowanie się nabłonków normalnych przy ich wzroście i odtwarzaniu się (*regeneratio*).

¹⁾ Ueber die krankhaften Veränderungen der Endothelien. Med. Jahrb. redigirt S. Stricker II. 1871.

²⁾ Untersuchungen über die Entzündung der Gefässwände. Wiener med. Jahrb. redigirt von Stricker. 1871 Bd. III.

Już dawniej mianowicie przy badaniach dotyczących rozwoju zębów utrzymywał statecznie i dowodził Waldeyer, że młode nabłonki wytwarzają się z pierwotwornych komórek nabłonkowych. To zapatrywanie się uczonego badacza poparły w ostatnich dniach liczne prace o rośnięciu i odrastaniu nabłonka. Wymieniam tutaj pokrótce tylko ważniejsze, jak Eberth'a i Wadsworth'a ¹⁾, Heiberg'a ²⁾, Cleland'a ³⁾, Heller'a ⁴⁾, i F. A. Hoffmann'a ⁵⁾. Arnold ⁶⁾ utrzymywał wprawdzie, że nabłonek powstaje zupełnie niezależnie jak zdaniem jego miało się dzieć na zablizniających się ranach, gdzie występowały odosobnione wysepki nabłonkowe; ale Reverdin i wielu, którzy po nim pisali o tym przedmiocie nadmienają, jak łatwo udaje się zaszczepienie nabłonka, a jak trudnym jest takowemu zapobiedz. Zresztą tak Heine jak Billroth ⁷⁾, badając tę sprawę, nie dostrzegli powstawania odosobnionych wysepek nabłonkowych, tak iż zdanie Arnolda, jakoby na ziarnkujących płaszczyznach pozbawionych nabłonka, miały powstawać odosobnione wysepki nabłonkowe, obecnie nie można jeszcze uważać za uzasadnione i pewne. Za to zrobił Biesiadecki ⁸⁾ to znakomite odkrycie, że pomiędzy komórkami nabłonkowymi skóry zewnętrznej znajduje się niemało wędrujących komórek (*Wanderzellen*). Znalazł je później także Waldeyer pomiędzy komórkami nabłonkowymi nawet przy wszystkich niemal rakach, które się rozwinęły w rozmaitych częściach ciała, ale nigdy nie mógł dostrzedz jakichkolwiek form przejściowych pomiędzy nabłonkiem, a komórkami wędrującymi, przeciwnie ostatnie odróżniały się zawsze jak najwyraźniej od pierwszych. I. Arnold, Eberth i Wadsworth, pracujący na temże polu, nie mogli się również przekonać o przechodzeniu komórek wędrujących w komórki nabłonkowe.

Tak tedy pokazało się z licznych i starannych badań, mówi W., że z rzadką zgodnością przeczą temu, żeby w odrastaniu komórek nabłonkowych miały mieć udział jakie obce elementa tkankowe, a mianowicie bezbarwne ciała krwi, podczas kiedy nie ma nadmieniania danych, mówiących za bujaniem komórek nabłonkowych tak przy procesach zapalnych, jak przy prawidłowym odrastaniu. Wytwarzanie się więc nabłonkowych narośli patologicznych otrzymało silne poparcie ze strony doświadczeń fizyologicznych. Lecz czy w stosunkach patologicznych zachodzi także rozmnażanie się nabłonka? I pod tym względem otrzymaliśmy w nowszych czasach niejedne dokładniejsze wiadomości. W a l d e y e r sam przy naroślach brodawkowatych z mocno rozwiniętą pokrywą nabłonkową, jak przy szyszkowinach (condyloma), brodawkach i podobnych naroślach, w środkowych i głębszych warstwach nabłonka znalazł bardzo często komórki nabłonkowe, które były daleko większe od sąsiednich i posiadały dwa lub więcej jąder. Również przy naroślach rakowatych, mianowicie skóry, widział W. w przerosłej pokrywie naskórka w bliskości ciał rakowatych ⁹⁾ bardzo wiele dwu i więcej jądrowych komórek nabłonkowych, jako też jądra o podwójnych jąderkach wewnątrz wielkich komórek nabłonkowych. Sprawy rozdzielania się komórek nabłonkowych nie mógł dostrzedz W., ale za to widział w dwóch wypadkach przy wielkich komórkach nabłonkowych rakowatych wałków (Krebscylinder), które pochodziły z raków piersiowego gruczołu, że takowe niedługo po wycięciu raków zwolna przemieniały swój kształt. Komórki te które poszukiwał W. we krwi odeszłej przy wycięciu i utrzymywanej w stanie ciepłym, nie wskazują w takich okolicznościach tak ostrego obrysu, jak je zwyczajni jesteśmy widzieć w stanie obumarłym; przeciwnie młodsze mię-

1) Virchow's Archiv. Bd. 51. 1870.

2) Ueber die Neubildung des Kornhautepithels. Stricker's Studien Heft II. 1870.

3) On the epithelium of the cornea of the ox. Humphry's and Jurner's Journ. of anat. and physiol. Vol. II. 1868.

4) Untersuchungen über die feineren Vorgänge bei der Entzündung. Erlangen 1869.

5) Virchow's Archiv. Bd. 51. 1870.

6) Virchow's Archiv. Bd. 46.

7) Mancherlei über die morpholog. Vorgänge bei der Entzündung Oestr. med. Jahrb. Bd. 18. Heft. 4. u. 5 1869.

8) Wiener acad. Sitzungsberichte Math. nat. klasse. Abth. II. Bd. 56.

9) Ciałami rakowatemi nazywa W. owe nieregularne, bezkształtne nagromadzone massy komórek nabłonkowych, bujających w najrozmaitszych formach przez boczne wyrostki; są to więc, jak W. mówi, bezkształtne massy nabłonkowe nie należące do żadnej formy prawidłowej.

dzy niemi, dające się rozpoznać po ich jasnej zupełnie przeświecającej treści, mają nieregularne figury i pokazują wyrostki, których kształt zmienia się zwolna. Tak samo widział W. przy rdzeniowym mięsaku o okrągłych komórkach (Rundzellensarcom), pochodzącym z pachy, anoebowe poruszanie się komórek, które pod względem wielkości przewyższały o dwakroć białe ciała krwi. Tego rodzaju zmiany kształtu mają podług spostrzeżeń *Stricker'a*¹⁾ poprzedzać zazwyczaj rozdzielanie się komórek.

Po tym wstępie, który stanowi niejako podstawę, na której można dopiero zbudować naukę o nabłonkowym rozwijaniu całej klasy patologicznych nowotworów, wylicza W. szczegółowo wielką ilość nowotworów z najrozmaitszych okolic ciała. Takowe badał prawie wszystkie bardzo dokładnie W. sam, a liczba ich dochodziła w przeciągu czterech lat aż do 203. Że nowotwory te należały do rzędu raków, zatem przemawiają znani mężowie, jak *Fischer*, *Förster*, *Methner*, *Paul*, *Spiegelberg* i inni, którzy W. takowe przesłali z wyraźnym nadmienieniem, że to są raki, za tém przemawia ta okoliczność, że przy większej części nowotworów w dalszym przebiegu pojawiły się miejscowe i ogólne powroty (*Recidive*) téj samej budowy; wreszcie mikroskopiczne i makroskopiczne dane. Spostrzeżenia te wykazują, że nowowytworzone przy guzach tych grupy komórek, podobnych do nabłonka, zawsze stały w połączeniu z istniejącymi poprzednio komórkami nabłonkowymi; że nie było żadnego spostrzeżenia, któreby przemawiało zatém, iż rozwoju tych grup komórkowych należy szukać w ciałkach wędrujących, albo w stałych komórkach tkanki łącznej, albo w śródbłonkach naczyń krwionośnych i chłonniczych, albo wreszcie w jakimkolwiek innym komórkowatym pierwiastku tkaniny. Również nie przemawiało nic za tém, aby dla komórek tych ciał podobnych do nabłonka przyjąć samorództwo (*generatio aequivoca*).

W dalszej pracy swój przechodzi W. na różne teorye, jakie dzisiaj istnieją co do rozwoju raków, i przyjmuje trzy sposoby, według których możnaby zkadinną wywieść początek raków odmiennie od teoryi jego postawionej już w r. 1867.

(*Dokończenie nastąpi*).

Wiadomości bieżące.

— Uleczenie żółtaczki nieżytowej (*icterus catarrhalis*) za pomocą faradyzacji pęcherza żółciowego. Już przed kilku laty zalecał Prof. *C. Gerhardt* w Würzburgu faradyzację pęcherza żółciowego jako środka leczącego szybko żółtaczkę nieżytową, dzisiaj zaś przypomina ten sposób leczenia na nowo (*Berl. Klin. Wochenschrift*. Nr. 27. 1873), opisując dwa tu należące wypadki usuniętej żółtaczki. Sposób zaś zastosowania jest następujący: Najpierw opukiwa się starannie dolny brzeg wątroby, przyczém nie trudno wysledzić miejsce pęcherza żółciowego. Niekiedy można takowy poznać a nawet wyczuć po małym wypukleniu, które się porusza przy oddychaniu. W każdym razie znajdujemy stłumienie rozszerzające się ku dołowi w kształcie półkola albo też silniej stłumione miejsce brzegu wątroby leżące w tych granicach, które odpowiadają bocznym wahanom pęcherza żółciowego. Oznaczywszy sobie to miejsce przykładą się jedną elektrodę silnego wzbudzającego prądu indukcyjnego na takowe i przyciska się czubek jej dość silnie w kierunku ku tylnej ścianie brzusznej. Potém dopiero przysadza się szybko drugą elektrodę na tylną ścianę brzuszną, na miejsce leżące naprzeciw w odpowiedniej wysokości. Jeśli prąd jest mocny, powstaje w organach brzusznych skutkiem skurczu mięśni brzusznych wstrząśnienie, dające się dość często wysłyszeć. Po kilku sekundach oddala się elektrody i tego rodzaju postępowanie powtarza się kilka razy. W wielu wypadkach, skoro zniknie stłumienie należące do pęcherza żółciowego, możemy być dość pewni, że skutek pomyślny został osiągnięty. Pomyślność zaś skutku nie podlega żadnej wątpliwości, kiedy w najbliższych dwóch dniach pokazuje się stolec zabarwiony żółcią. Po większej części ulegają przytém także nerki pewnemu podrażnieniu, skutkiem czego wydziela chory dnia następnego mocz bledszy i więcej rozcieńczony, aniżeli poprzednio. Ponieważ zaś w wypadkach *G.* kilka razy pokazało się na nowo stłumienie pęcherza żółciowego, kiedy już chory wydzielał zabarwiony stolec, przeto radzi *G.* w takich razach powtórzyć zastosowanie prądu elektrycznego.

¹⁾ Studien aus dem Institute für experimentelle Pathologie zu Wien. I. S. 1. ff. Wien. 1870.

Redaktor i wydawca Prof. Dr Girsztowt.

Redakcyja Gazety Lekarskiej i Biblioteki Umiejętności Lekarskich przy rogu ulicy Jasnej i Zielonego placu, w domu Jaroszyńskiego, Nr 1364, mieszkania Nr 6.

W Drukarni Gazety Lekarskiej. Ulica Śto-Krzyzka Nr 1343 (nowy 9). Дозволено Цензурою.