

MEDYCINA.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

Warunki przedpłaty: w Warszawie, rocznie rs. 6, półrocznie rs. 3. Na prowincyi i w Cesarstwie z przesyłką, rocznie rs. 7, półrocznie rs. 3 kop. 50. **Cena numeru pojedynczego kop. 15.** **Cena ogłoszeń:** Za wiersz jednoszpaltowy drobnem pismem lub za jego miejsce kop. 10. Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Admistracja „Medycyny”. — W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38.

Adres Wydawcy: Nowo-Zielna Nr. 47.

Adres Redaktora: Oboźna Nr. 5.

TREŚĆ. Prace oryginalne. Ś. p. Jakób Rogowicz, napisał H. Dobrzycki. — 40 własnych spostrzeżeń torbieli pochwowych, podał Fr. L. Neugebauer. — O sklerodermii (5 przypadków). Podał Maksymilian Biro. (Ciąg dalszy). — **Kazuistyka.** Przypadek ciecía cesarskiego, z pomyślnem zejściem dla matki i dziecka. Opisał Br. Szymański. — **Streszczenia i wyciągi.** 130. O chłurgii pęcherzyka i przewodów żółciowych. — **Drobniejsze wiadomości różnej treści.** — **Wiadomości bieżące.** — **Ogłoszenia.**

„Medycyna“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r H. Dobrzycki—D-r J. Rogowicz. 2) D-r Fr. Neugebauer — 40 cas de tumeurs enkystées du vagin observées par l'auteur. 3) D-r M. Biro—Sur la sclérodermie. 4) D-r Br. Szymański — Un cas d'opération césarienne avec bon succès pour mère et enfant.

Redaction: Dr H. Dobrzycki. Varsovie — Rue Oboźna 5.

„Medycyna“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r H. Dobrzycki—D-r J. Rogowicz. 2) D-r Fr. Neugebauer — 40 eigene Beobachtungen vaginaler Cysten. 3) D-r M. Biro—Ueber Sclerodermie. 4) D-r Br. Szymański—Ein Fall von Kaiserschnitt mit günstigem Ausgang für Mutter und Kind.

Redaction: Dr H. Dobrzycki. Warschau—Oboźna str. 5.

ś. † p.

JAKÓB ROGOWICZ

DOKTOR MEDYCyny

b. Vice-Prezes Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego, b. Redaktor „Medycyny“, oraz Zarządzający Kasą Wsparcia wdów i sierot po lekarzach.

W dniu 25-ym b. m. śmierć wydarła niespodzianie z naszego łona jednego z najpożyteczniejszych pracowników na niwie społeczno-lekarskiej; zmarł nagle w 57-ym roku życia ś. p. Jakób Rogowicz.

Zmarły, biegły w swym zawodzie specjalista akuszer i ginekolog, znany nietylko szerokim kołom naszego miasta, lecz i odległej prowincyi, czynny oddawna członek wielu instytucyi i rzecznik spraw zdrowotnych, już wczesnie dał się poznać naszemu społeczeństwu, i nie w ostatniej dobie wyrobił sobie wśród niego popularność.

Jako człowiek zdumiewający swą wytrwałością i sumiennością, zmarły stał się tak niezbędnym na zajmowanych przez się stanowiskach, że na wieść o jego śmierci, wszyscy mimowoli zadaliśmy sobie pytanie: kto Go zastąpi? Pytanie to, które wkrótce umilkło wobec bólu, jaki sprawia strata człowieka, co całe życie szedł drogą prawą i oddał się na usługi ogółu, jest najchlubniejszym świadectwem, oddanem przez ogół ten zasługom ś. p. ROGOWICZA. W tem bowiem pytaniu tkwi zarazem dowód, że z nazwiskiem Jego przyzwyczailiśmy się nierozzerwalnie łączyć pojęcie żelaznej pracy i sumiennego spełniania obowiązków. Sprawiedliwa to zaprawdę ocena naszego nieodżałowanego kolegi, bo im szczegółowiej życie Jego rozpatrujemy, tem więcej zbieramy dowodów, zaszczytny ten sąd o Nim uzasadniających.

Jakób ROGOWICZ urodził się w Kaliszu dnia 15 lipca 1839 roku, a po skończeniu tamecznej *Szkoły Wyższej Realnej* przybył do Warszawy i w roku 1857-ym w poczet studentów b. Akademii Medyko-Chirurgicznej się zapisał; a ukończywszy ją ze stopniem doktora medycyny w r. 1862-im, odrazu wkroczył na arenę czynnego życia, rozszerzając szybko zakres swej działalności.

Od roku 1864-go do 1868-go włącznie, był asystentem kliniki położniczej i ordynatorem w szpitalu Dz. Jezus. Zjednawszy sobie już wcześniej niemałą wziętość i opinię sumiennego lekarza, ROGOWICZ miał możność dostrzeżenia licznych braków, jakie w sposobach niesienia i zapewnienia pomocy rodzącym zauważył; a wnikając w potrzeby ogółu, powziął myśl obudzenia prywa tnej inicjatywy i wraz z d-rem H. BERNHARDEM, już dziś nieżyjącym, w roku 1868-ym, pierwszy w kraju *Zakład leonizyczny dla kobiet* założył, gdyż brak podobnego zakładu, zwłaszcza wobec rychłych postępów nowoczesnej nauki, coraz dotkliwiej czuć się dawał. Zapewnić prawidłową, dla szerszych kół dostępną pomoc lekarską, pomoc taką, o jaką nie łatwo w domu nawet osobom zamożnym, było przewodnią myślą założycieli.

Jak dalece lecznice, z tym celem otwierane, i wogóle instytucje podobne, oparte na prywatnej inicjatywie, odpowiadały i odpowiadają dziś potrzebom chwili, najlepiej świadczy ich nader szybki rozwój. Atoli nie tu koniec działalności ROGOWICZA w tym kierunku. Zbadawszy niedostatki pomocy położniczej i smutną dolę biednych rodzących w naszym mieście, i stwierdziwszy olbrzymią ich śmiertelność, wystąpił w r. 1882 ROGOWICZ w pracy p. t. „*O potrzebie nowych zakładów dla biednych położnic w Warszawie*“, z projektem, w którym rozwinął niezbędną potrzebę założenia w różnych punktach miasta odpowiedniej liczby *Przytułków dla biednych rodzących*. Następnie, ważną tę społeczno-lekarską sprawę wielokrotnie w szeregu artykułów podnosił, potrzebę nowych przytułków wykazywał, do ich rozszerzenia nawoływał, nieraz nawet chcąc niechcąc narażał się innym, byle te tak pożyteczne instytucje, co tylu istotom życie uratowały i złagodziły ciężką dolę mnóstwu niešťęśliwych matek, rozwinąć i byt ich zabezpieczyć. On to pierwszy zwrócił u nas uwagę na ów smutny stan pomocy położniczej wśród biednych, i Jemu to miasto nasze zawdzięcza, że od lat już 14-tu szereg rzeczonych przytułków posiada.

Mając zawsze na uwadze cele praktyczne i sięgając w swych dążeniach do gruntu każdej kwestyi, ś. p. ROGOWICZ opracował przepisy dla akuszerok, szczegółowo określające, jak trzeba postępować z położnicami, aby im zarazy nie zaszcześcić. On był również jednym z pierwszych, którzy doniosłość antyseptyki ocenili umieli i z całą konsekwencją ją stosowali.

Zasadniczym rysem charakteru i działalności zmarłego była przedewszystkiem wytrwałość i zawsze dobrze obmyślany plan postępowania. Te przymioty, tak rzadkie niestety w naszym społeczeństwie, odrazu uitorowały ROGOWICZOWI w tutejszem Towarzystwie Lekarskiem drogę do zajęcia stanowisk, które się tylko ludziom po-

siadającym niepodzielne zaufanie wszystkich powierza. W niedługim bowiem czasie po zapisaniu się na członka Towarzystwa w roku 1872-im, wezwano ś. p. ROGOWICZA do Zarządu, wkrótce potem na stanowisko vice-prezesa, na którym lat trzy (od roku 1885-go do 1888-go) pozostawał, i wreszcie, na Zarządzającego Kasą wsparcia. Nie dość na tem; bo gdy sekretarz stały ś. p. SZOKALSKI dla nadwątlonego zdrowia i podeszłego wieku na lat wiele przed śmiercią obowiązków swego urzędu nie był w stanie spełniać w całej rozciągłości, ciężkie brzemie zarządzania interesami i majątkiem Towarzystwa, spadło na ROGOWICZA. Jeżeli dodamy, iż w ciągu roku 1875-go i 1876 był On prócz tego redaktorem „Pamiętnika“ Towarzystwa, to się okaże, iż ś. p. ROGOWICZ cieszył się zaufaniem kolegów i od pracy obywatelskiej, chociażby najcięższej, nigdy się nie uchylał.

Taka była o ś. p. naszym naszym koledze powszechna opinia, która w ROGOWICZU widziała niezmiernie pożytecznego pracownika i człowieka umiejącego się całym sercem oddać obowiązkom, których się podjął.

Lubo na każdym stanowisku umiał ROGOWICZ pracować z wielkim dla instytucji pożytkiem, na szczególniejsze jednak wyróżnienie zasługuje Jego działalność, dotycząca Kasy wsparcia wdów i sierot po lekarzach, której był aż do ostatnich chwil Zarządzającym i którą pozostawił na niebywałym dotąd stopniu rozwoju.

Nieświetnym był stan Kasy w chwili, gdy ROGOWICZ objął urząd jej Zarządzającego. Ogrom zaległych składek, których ściągnięcie dotąd prawie niemożliwością się okazało, i nieregularne ich napływanie, wielce ograniczały skuteczną działalność instytucji; i lubo niejedna pokaźna wpłynęła ofiara, odsetki stąd powstałe dalekimi były od wyrównania spodziewanego rocznego wpływu. ROGOWICZ wszystko swą żelazną wytrwałością pokonał i dopóty szukał przeróżnych dróg, dopóty wpływał na inspektorów lekarskich, na lekarzy powiatu, na kolegów, pewnej powagi w danej miejscowości używających, wreszcie na wydatniejszych obywateli,— dopóki większość składek, uważanych już za przepadłe, do kasy nie wpłynęła.

To jedna strona kwestyi; drugą, do której ś. p. ROGOWICZ słusznie wielką przywiązywał wagę, był sprawiedliwy rozdział funduszków, możebnie bezstronne użycie grosza publicznego. Na nic się nie przydały różne protekcyje i chęć faworyzowania jednych kosztem drugich. Zarządzający, zwykle małomówny, a zawsze nie chcący zawiele obiecywać, nie szczędząc trudów i czasu, zawsze sam się starał przekonać o prawdziwym stanie potrzebujących, sam sprawdzał położenie i warunki bytu każdej z osób mających korzystać z zapomogi. Drobnym to napozór szczegół, ale jakże on pięknie świadczy o zmarłym, który w imię bezstronności postępując, wolał na siebie bodaj niezadowolenie ściągnąć, aniżeli odstąpić od zasady, lub nadużyć zaufania w nim położonego.

Obeznawszy się aż nadto z nędzą, w jakiej się nieraz wdowy i sieroty po lekarzach znajdują, a zawsze przewidujący i szukający środków ulżenia niedoli, opracował ś. p. ROGOWICZ w r. 1882 *Projekt zabezpieczenia kapitału pośmiertnego* dla wdów i sierot po lekarzach, oraz dla samych lekarzy, którzy skutkiem wieku lub przypadku stali się niezdolni do pracy. Projekt ten, oparty na udziale szerszego koła uczestników, mający niewątpliwą wyższość nad ubezpieczeniami na życie w różnych spekulacyjnych towarzystwach, napotkawszy trudne do zwalczenia przeszkody, lubo nie upadł, nie wszedł jednak w życie; niemniej świadczy on wymownie o tem, że zmarły zawsze miał szersze cele na widoku, zawsze przeniknięty był myślą służenia ogółowi.

Pomimo tylu licznych i tak różnorodnych zajęć, ś. p. ROGOWICZ nietylko nie zaniedbał niwy naukowej, lecz zostawił po sobie cały szereg prac wartościowych. Wymagający wiele od innych, sam dla siebie był również sędzią surowym. Wszyst-

kie też Jego prace, prawie wyłącznie w *Klinice*, *Medycynie* lub *Pamiętniku* ogłaszane, nosiły cechę wielkiej sumiennosci i jaknajtroskliwszego obrobienia nawet w szczegółach. Nie tu miejsce na prac tych rozbiór; dawno już one ocenione zostały. Dość powiedzieć, że każda z nich ma wybitną dążność praktyczną, jest wysoce pożyteczną, tak, jak pożyteczną była cała działalność zmarłego.

Jedną z wielkich zasług ROGOWICZA był jego czynny udział w sprawie rozwoju naszego piśmiennictwa lekarskiego peryodycznego. Udział ten Jego sięga odległych czasów, bo czasów b. Medyko-Chirurgicznej Akademii. Gdy instytucja ta zaczęła z roku na rok wydawać zastępy młodych lekarzy, potrzeba nowego organu okazała się niezbędną. Ani *Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego*, służący przeważnie celom Towarzystwa, ani ówczesny *Tygodnik Lekarski*, mający oddawna swój wyrobiony kierunek, nie odpowiadały rodzącym się potrzebom. Nowe siły w nowej się musiały przejawiać postaci, i w r. 1866, a zatem trzydzieści lat temu, zaczęło wychodzić pismo „*Klinika*“, które odrazu rozbudziło ruch wśród młodego pokolenia i stało się jego organem. Do najdawniejszych i najwytrwalszych pracowników nowopowstałego pisma należał ś. p. ROGOWICZ. Z początku zasiliał je drobnymi pracami, referatami lub sprawozdaniami; potem, widząc, że powodzenie pisma od dobrej administracji niemało zależy, obeznał się gruntownie z techniką wydawniczą, zaprowadził oszczędności i wspierał swemi radami, które zawsze się okazały pożytecznymi, tak, że w niedługim czasie stał się dla poczynającego swą działalność organu niezbędnym. A gdy w niedługim po tem czasie, ówczesny redaktor *Kliniki*, dr. Zygmunt DOBIESZEWSKI, który przed kilku tygodniami również legł w grobie, udał się na stałe zagranicę, pismo byłoby z pewnością żywot swój zakończyło, gdyby nie ROGOWICZ, może najodpowiedniejszy wówczas do wzięcia go w swe ręce. Cicho, bez rozgłosu, jakby w ukryciu, nie podpisując się nawet jako redaktor, pracował ś. p. Jakób szereg lat dla *Kliniki*, a gdy w r. 1872 wydawnictwo to uległo chwilowej przerwie, ś. p. ROGOWICZ, nie szczędząc starań, wskrzesił wraz z d-rem Karolem BENNIM *Klinikę*, która z początkiem roku 1873 aż po dziś dzień, pod nową nazwą, jako „*Medycyna*“ wychodzi. Jeżeli dla *Kliniki* ś. p. ROGOWICZ pracował bardzo wiele, to już „*Medycynie*“, rzec można, cały się poświęcił, ciężkie nieraz przechodząc koleje, lecz idąc zawsze wytrwale naprzód w imię podjętych obowiązków. Bo pismo, to jak żywy człowiek; ma chwile powodzenia i łatwiejszego bytu, to znów istnienie idzie mu oporem, i wiele, wiele nieraz wysiłków ponieść musi, aby wytrwać i nie opuścić rąk wśród wyczerpującej pracy, której ogół ani widzi, ani też odczuwa. Jako może najbliżsi zmarłego kolegi, pamiętamy dobrze te czasy, gdy ś. p. Jakób, mając jeszcze liczne, jak widzieliśmy, po za rozległą praktyką obywatelskie obowiązki, całe spędzał noce nad korespondencją redakcyjną, nad korektą lub poprawianiem artykułów. Słońce już było wysoko, światło sztuczne zagasło, w miescie już ruch panował, a do końca pracy było jeszcze daleko. Takich nocy bezsennych, wyczerpujących, ś. p. Jakób spędził bardzo wiele, bo lat kilkanaście. Nic też dziwnego, że oddając pismu to wszystko, co oddać mu był w stanie, przywiązał się doń, pokochał je, że praca nad „*Medycyną*“ była mu najmilszą i stała się jego potrzebą, niemal warunkiem normalnym, bo żył się z nią, jak dwaj przyjaciele, których tylko grób rozdzielić może. Nawet w czasach, w których „*Medycynę*“ powierzył w inne ręce, nie przestał nad nią czuwać, choć bezpośredniego wpływu na nią mieć nie mógł; a gdy przed czterema laty zorganizowało się gremium „*Medycyny*“, odżyła w nim dawna energia i od pierwszej zaraz chwili należał do najpilniej uczęszczających na nasze tygodniowe posiedzenia, troskając się o pismo w jaknajdrobniejszych szczegółach, jak matka o własne dziecko, lub troskliwy opiekun o swego

wychowańca. Trzydzieści lat starań i zabiegów wytrwałych w jednym kierunku, zasługa to niezwykła, niemała; to czynnik, który buduje dla przyszłości, to przykład godny naśladowania i najwyższego uznania.

W bezpośrednim związku z pracą nieboszczyka około *Medycyny* stało jego wydawnictwo *Przeglądu rocznego piśmiennictwa lekarskiego polskiego*. Szczęśliwym inicjatorem tego wydawnictwa, które upamiętniłoby imię każdego, był ROGOWICZ. Przeniknięty potrzebą rejestrowania prac swojskich, dał nam za przeciąg czasu od r. 1879 do 1888, w dziesięciu tomach obraz prac wszystkich autorów polskich w wybornym streszczeniu. Czyliż dowodzić potrzeba, jak publikacja ta, stanowiąca coroczny summaryusz naszego dorobku umysłowego w zakresie nauk lekarskich, jest niezbędną dla każdego piszącego po polsku, każdego uznającego rację bytu naszej kultury umysłowej? Lecz nie dość jest dać początek wydawnictwu, rozumiał ROGOWICZ, trzeba mu jeszcze być zapewnić, aby odtąd stale na przyszłość istnieć mogło. Chcąc to osiągnąć, udał się inicjator do naszego Towarzystwa Lekarskiego. Towarzystwo, uznając cały pożytek i niezbędną kontynuowania tak pięknie rozpoczętego dzieła, postanowiło w dalszym ciągu wydawać *Roczny przegląd naszego piśmiennictwa lekarskiego* i wcielić go do swego *Pamiętnika*. Tym sposobem był *Przegląd*, jako do instytucji stałej przywiązany, oparty został na zasadach pewnych, i tą drogą pragnienia ROGOWICZA się urzeczywistniły.

Jak każda myśl, oparta na odczuciu istotnych potrzeb, płodną jest w następstwa, tak i w tym razie, myśl ROGOWICZA rozbudziła działalność w podobnym kierunku i wśród innych. Oto grono młodych kolegów, pragnąc ułatwić autorom polskim możność korzystania i z dawniejszych materiałów, jęło się z całym zapałem skompletowania naszej bibliografii lekarskiej, postanowiwszy ułożyć obecnie przy *Pamiętniku* się drukujący wykaz oryginalnych prac lekarskich polskich za czas od r. 1831 do r. 1890 włącznie. Dzieła tego już wyszły 33 arkusze, a z ukończeniem jego usunięta zostanie trudność, dla której autorowie nasi niejedną cenną polską pracę pominęli, przytaczając źródła zagraniczne, częstokroć późniejszej daty niż polskie, i wyrządzając tym sposobem krzywdę, acz mimowolną, własnym autorom.

Gdyby po zacnym naszym koledze, jako jedyny ślad działalności, pozostało tylko to, że prace rodzinne od zapomnienia tak skutecznie ocalił, że pragnął udostępnić korzystanie z nich przyszłym pokoleniom, że tą drogą budził zaufanie we własne siły, że wreszcie miał odwagę karcieć odstępujących od zasady, przez wszystkie społeczeństwa szanowanej; już to jednoby wystarczyło, aby sobie na naszą wdzięczność i na nasze uznanie zasłużył.

Jeżeli miarą wartości człowieka są czyny i trwałość prac przezeń dokonanych, to wedle tej miary oceniany ś. p. ROGOWICZ zdobył sobie prawo do tego, aby jego imię zapisane było w szeregu dobrze zasłużonych krajowi.

Szacunek powszechny, zabezpieczenie bytu rodzinie i niepokalana pamięć po zmarłym,—piękna to spuścizna; ale piękniejszą jeszcze jest ta, którą się całemu zostawia społeczeństwu. Taką spuściznę społeczeństwu, i to obfitą, zostawił po sobie ś. p. ROGOWICZ.

Cześć Mu więc niech będzie od tego społeczeństwa, dla którego tak pożytecznie pracował, które ukochał i którego dobra przez całe życie tak gorąco pragnął cześć zacnemu koledze i pełnemu serca lekarzowi; cześć opiekunowi sierot i wytrwałemu pracownikowi na niwie naszego piśmiennictwa; cześć świętej i niewygasłej pamięci Jakóba ROGOWICZA.

40 własnych spostrzeżeń torbieli pochwowych,

podał Fr. L. NEUGEBAUER.

Sprawa etyologii, znaczenia i leczenia torbieli pochwowych niedawno w piśmiennictwie naszym rozpatrywaną była przez kolegę ZWEIGBAUMA, który w N. 14 „Gazety Lekarskiej“ r. 1895, opisał dwa spostrzeżenia własne oraz jedno ś. p. kolegi JAWDYŃSKIEGO i kol. ŻURAKOWSKIEGO; następnie przez kol. WARSZAWSKIEGO, który w lipcu r. 1895 w „Kronice Lekarskiej“ opisał spostrzeżenie kol. ROSENTHALA.

Torbiele pochwowe są o wiele częstsze, niż to podają podręczniki, a nawet i specjalne prace, przedmiotu tego dotyczące. Jako dowód pozwalam sobie przytoczyć 40 własnych spostrzeżeń odnośnych na 20000 chorych kobiet, przemennie w Warszawie badanych, w przeciągu lat 12-tu—od września 1884 roku. Przypada więc jedno spostrzeżenie na 500 chorych, a przeciętnie trzy spostrzeżenia na jednoroczne ambulatoryum. Ponieważ torbiele pochwowe, szczególnie małe, łatwo przy badaniu bywają przeoczone, gdyż obecność ich nie zawsze wywołuje dolegliwości, i częściej przypadkowo bywają one stwierdzone u chorych, z innej przyczyny badanych; ponieważ wiele kobiet, dotkniętych torbielami pochwy, lecz zresztą zdrowych, nic o ich istnieniu nie wie i do lekarza się nie udaje, — można śmiało twierdzić, że częstość torbieli pochwowych jest jeszcze większa, niż 1 : 500, czyli że istnienie torbieli pochwowej jest anomalią niezbyt rzadką.

Spostrzeżenia moje są następujące:

1) Albirt G. 12. VIII. 1884. *II-para*, od dwóch lat zamężna. Torbiel wielkości gołębiego jaja, na tylnej ścianie pochwy osadzona, o ścianach przeświecających i zawartości śluzowoszklistej, nieco lepkiej. Resekcja wypukłej części ściany torbieli podług SCHROEDER'a. Obszycie brzegów pozostawionej części worka torbielowego kilkoma szwami jedwabnymi, tamponacja pochwy. Była to prawdopodobnie torbiel tak zwana retencyjna, sądząc z miejsca usadowienia (PREUSCHEN).

2) Józefa Ł. 16. XI. 1884. 47-letnia, od 13 $\frac{1}{2}$ lat zamężna, *I-para*. Torbiel wielkości wiśni, na szypule, osadzona na przedniej ścianie pochwy 2 $\frac{1}{2}$ cent. powyżej otworu cewki po stronie prawej. Resekcja podług SCHROEDER'a. *Cystis Gartneriana*.

3) Florentyna K. 12. V. 1885, 31-letnia, od 10 lat bezdzietnie zamężna. Dotąd wskutek przeszkadzającej obecności torbieli pochwowej ani razu należała *immissio penis* miejsca nie miała, jak zapewnia chora, która też przybyła do szpitala z prośbą o usunięcie *dyspareuniae et sterilitatis*. Obszerna torbiel w skośnym kierunku na dolnej części przedniej ściany pochwy osadzona. Resekcja ściany torbieli i nacięcia brzegów w kierunku promienistym. Zawartość: lepki, żółtawy płyn. *Dyspareunia* została usuniętą, czy i *sterilitas*? *Cystis Gartneriana*—*vasis deferentis maris per analogiam*.

4) Anna J. 23. XII. 1887. 43-letnia, od 25 lat zamężna, *VIII-para*, rodziła zawsze pomyślnie, po raz ostatni 5 lat temu. 7 tygodni temu jeden z kolegów dokonał nakłucia torbieli pochwowej, lecz daremnie. Opróżniona torbiel znów się napełniła i zropiała, ropień pękł do cewki moczowej, tak, że dziś

torbiel ta, na przedniej ścianie pochwy na 1 ctm. mniej więcej powyżej jej ujścia położona, komunikuje z cewką; przy ucisku na torbiel ropa wypływa z cewki. Przeciąłem ścianę torbieli cięciem podłużnym, wyskrobałem jamę torbieli łyżeczką ostrą i przypieklełem ściany lapisem. Założyłem tampon. Rana się zablizniła, również jak i otwór cewkowy ropnia. Torbiel wielkości zwykłej węgierki, leżała na linii środkowej przedniej ściany pochwy. Pochodzenie tej torbieli było dla mnie niejasne; znane są jednak spostrzeżenia analogiczne¹⁾.

5) Ryfka M. 3. I. 1887. 20-letnia, od roku bezdzietnie zamężna. Torbiel wielkości jaja gęsiego, na przedniej ścianie pochwy usadowiona, sterczy w ujściu pochwy, z którego się wypukła. Pomimo to i pomimo męża zdrowego całość błony dziewiczej nienaruszona. *Immissio penis* dotąd mężowi nigdy się nie udała, spółkowanie za każdym razem wywołuje nieporozumienie małżeńskie. Torbiel chełbocząca o sinawo przeświecających ścianach. Resekcja podług SCHROEDER'a z obszyciem brzegów 8-ma szwami jedwabnymi węzłkowatymi. Jodoform, tampon. Nasada torbieli sięgała ku dołowi prawie aż do nasady błony dziewiczej; torbiel leżała obecnie w linii pośrodkowej, a więc nie potrafiłbym powiedzieć, czy pierwotnie leżała po prawej, czy po lewej stronie, czyli, jeżeli powstała z przewodu GARTNER'a, czy powstała z prawo- czy z lewostronnego.

6) Małka I. 5. XI. 1888. Lat 35, zamężna od 19-go do 24-go, następnie od 25-go roku życia, urodziła tylko jedno dziecko 8 lat temu. Torbiel wielkości wiśni po stronie prawej, tuż poniżej tylnego i bocznego sklepienia pochwy położona, prawdopodobnie *cystis Gartneriana*.

7) Maryanna W. 14. VI. 1888. Lat 44, od 19-tu lat zamężna, *VIII-para*, wstąpiła do kliniki jakoby wskutek opadnięcia macicy. Wrzekomo opadnięta macica okazała się wielką torbielą tylnej ściany pochwy. Resekcja podług SCHROEDER'a.

8) Anna W. 29. III. 1888. Lat 30, od 12-tu lat zamężna, *I-para*. Torbiel niespełna wielkości wiśni, po prawej stronie pochwy, 1½ ctm. powyżej cewki ułożona. Resekcja podług SCHROEDER'a. *Cystis Gartneriana*.

9) Bajła K. 19. II. 1888. Lat 22, od 6-iu lat zamężna, *II-para*. Torbiel wielkości wiśni, po prawej stronie tuż poniżej sklepienia pochwy przy samej szyi ułożona. Resekcja podług SCHROEDER'a, tampon. *Cystis Gartneriana*.

10) Perla G. 20. VIII. 1889. Lat 24, od dwóch lat bezdzietnie zamężna. Chełbocząca, acz niewielka torbiel, po prawej stronie przedniej ściany pochwy, o przebiegu skośnym. Torbiel sięga aż powyżej ujścia pochwy. *Cystis* prawdopodobnie *Gartneriana*. Resekcji podług SCHROEDER'a dokonałem w asystencji ś. p. kol. KAPLIŃSKIEGO.

11) Kazimiera R. 25. VIII. 1889. Lat 24, od 7-iu lat bezdzietnie zamężna. Torbiel wielkości wiśni, po prawej stronie przedniej ściany pochwy, tuż poniżej sklepienia przy szyi macicznej położona. Resekcja bez obszycia brzegów, tampon; zawartość lepka, szarawo-biaława. *Cystis Gartneriana*.

12) Marya B. 21. IX. 1889. Lat 46, mężatka. Torbiel wielkości przeszło gęsiego jaja, na długiej szypule z przedniej ściany pochwy wychodząca.

¹⁾ Patrz CHÉRON: „Kyste du vagin, ouvert dans l'urèthre, calcul développé dans cette cavité (Gaz. des hôpít., 1887. 30. IV). Po pęknięciu torbieli i opróżnieniu do cewki, w pozostałym diverticulum wytworzył się kamień moczowy.—AUGAGNEUR. „Observations d'abcès sous-uréthraux chez la femme“. Provence médicale. Lyon. 1894. VIII. p. 155—157.—DUCHAMP. „Abscès sous-uréthraux chez une femme enceinte“. Loire médicale. St. Etienne. 1894. XIII. p. 151—161.—CALAVASSY. „Des abcès du septum urétrovaginal“. Thèse de Lyon. 1895. RONCAGLIA. „Delle cisti dell'uretra e di canali uretrali nella donna“. Annali di Ost. e Gin. 1895. p. 231

Podwiązanie szypuły przy pomocy ligatury, poczem szypułę poniżej ligatury przecięto.

13) Maryanna M. 21. IX. 1889. Lat 31, od 6-iu lat zamężna, *I-para*. 3 torbiele pochwowe, po 8 do 10-iu mm. szerokości mające, leżą obok siebie w tylnem sklepieniu pochwy („*Lymphcysten*“ KLEBS'a?).

14) Apolonia W. 19. IX. 1889. Lat 57, od 37 do 51 roku zamężna *b e z d z i e t n i e*. Wkrótce po ślubie ze szpary sromnej wystąpił guz, była to torbiel pochwowa, powiększająca się stale i powoli przez lat 10, do 49-go roku życia. Odtąd zaś objętość guza pozostała niezmienioną. Przy badaniu guz wielkości gęsiego jaja wystawał ze szpary sromnej, podobnie jak *proctocele* lub *cystocele vaginalis*. Szypuła torbieli 1-go cala grubości (!). Szypułę przecięto zgniataczem KOEBERLE'go i nałożono na kikut kilka szwów z powodu krwawienia. *Immissio penis* niemożliwa, *dyspareunia*, *sterilitas*. Torbiel, wychodząca z przedniej ściany pochwy, z biegiem czasu urodziła się „*sponte*“. Prawdopodobnie była to *cystis Gartneriana*; czy pochodziła z prawego czy z lewego przewodu WOLFF'a, tego obecnie już nie można było rozstrzygnąć. Rzadkim objawem była szczególnie grubość szypuły, pomimo, że nie zawierała ona żadnego *diverticulum* ani pęcherza. ani cewki moczowej.

15) Zofia K. 10. III. 1891. Lat 24, od dwóch lat zamężna, *I-para*. Torbiel wielkości śliwki (węgiarki), na prawej połowie przedniej ściany pochwy położona, sięgająca aż na 2 1/2, ctm. powyżej otworu cewki moczowej. Resekcja podług SCHROEDER'a. Pomimo szerokiej szypuły, torbiel ta jednak wisiała w ujściu pochwy, wskutek małej stosunkowo ilości płynu w niej zawartego. Torbiel, jak to po większej części bywa, nie była *ad maximum* napełnioną, ściany jej były sinawe i przeświecające. Jak to zwykle bywa przy torbielach dawnego pochodzenia, ściany były nierównomiernej grubości i przeświecały tylko na przednim dolnym końcu torbieli, najniżej ułożonym, boczne zaś ściany torbieli były pokryte grubą sfałdowaną błoną śluzową, gdy na szczycie kupuły, którą torbiel wytworzyła, fałdy owe dawno się wyrównały i zginęły, a barwa jasnorożowa ustąpiła miejsca sinawej.

16) Anna L. 21. VI 1893. Lat 28, od 4-ch lat zamężna, *II-para*, obecnie od 6-iu tygodni ciężarna. Torbiel na przedniej ścianie pochwy po lewej stronie, tuż przy szyi macicznej w sklepieniu pochwowem. Nie widziałem przy czyny interwencji koniecznej podczas ciąży, tembardziej, że i chora nie życzyła sobie tego; pozostawiłem więc torbiel nienaruszoną.

17) Rz. . . . 16. VII. 1894. Lat 23, *I-para*. Torbiel wielkości węgiarki, na przedniej ścianie pochwy. Resekcja podług SCHROEDER'a.

18) S. 1. II. 1894. Lat 62, od 23-go roku życia zamężna, *V-para*. *Cystis Gartneriana* wielkości połowy jaja gęsiego na przedniej ścianie pochwy, usunięta przez ówczesnego pierwszego asystenta oddziału mojego, kolegę REUTTA, przez operację radykalną, czyli całkowite wyłuszczenie po podłużnem przecięciu płaszczki czyli błony śluzowej przedniej ściany pochwy. Nastąpiło zagojenie przez rychłozrost. Torbiel zawierała białawy, lepki płyn, jama była bez odnóg (*diverticula*), jednakowoż ku górze zwężyła się lejkowato, jak to już niejednokrotnie zauważyłem przy większych torbielach pochwowych. W lipcu 1894 r. czyli blisko 6 miesięcy później, u tejże chorej drugi asystent mego oddziału kol. KRAKÓW z pomyślnem zejściem dokonał pochwowego wycięcia macicy z powodu *carcinoma cervicis* przy zupełnem opadnięciu macicy. Chorą niedawno, dnia 14. IV. 1896, a więc blisko w dwa lata po dokonanej ekstyrypacji macicy, przedstawiłem w Warszawskim Towarzystwie Le-

karskiem, zwracając wtenczas uwagę kolegów na zupełne wyciszenie pochwy, pomimo dwa lata blisko temu dokonanej ekstyrpacji macicy, torbieli pochwowej, blizn po tych operacjach pozostałych i t. d. Z pierwszego wejścia można było wtenczas sądzić, że chora dotknięta jest *prolapsu completo uteri cum atresia oris uteri*.

19) Gitla S. 6. VII. 1894. Lat 30, od 5-ju lat zamężna b e z d z i e t n i e, zgłosiła się do kliniki mojej *propter dyspareuniam et sterilitatem*. Torbiel wielkości wiśni o ścianach sinawych i przeświecających, po prawej stronie pochwy w sklepieniu tylnem położona. Torbiel napęczniona średnio, o ścianach nie napęcznionych, wiotkich.

20) Chaja G. 12. XII. 1894. Lat 28, *IV-para*. Torbiel wielkości węgierki, na przedniej ścianie pochwy, nasada torbieli przebiega skośnie z prawej strony i z zewnątrz ku dołowi i na wewnątrz. Ściany torbieli nie bardzo napięte, zawartość barwy czekoladowej, zdradza domieszkę krwi. Prócz tej torbieli znalazłem drugą, mniejszą, w lewym sklepieniu pochwy, której nasada również przebiega skośnie od góry i od zewnątrz ku dołowi i na wewnątrz. Torbiel ta, napęczniona białawym płynem śluzowym, sięgała do *parametrium* aż powyżej szyi macicznej i sklepienia pochwowego. Resekcja obu torbieli podług SCHROEDER'a. Obie torbiele powstały prawdopodobnie z resztek przewodów GARTNER'a.

21) X. X. 25. IX. 1894. Lat 27, od 6-ju miesięcy bezdzietnie zamężna. 3 torbiele pochwowe, największa o wymiarze podłużnym 6—7 ctm. sterczy w ujściu pochwy i na pierwszy rzut oka sprawia wrażenie *cystoceles vaginalis*. Torbiel największa leży po prawej stronie przedniej ściany pochwy, wymiar jej podłużny przebiega skośnie od zewnątrz i z góry ku dołowi i wewnątrz. Zawartość śluzowata z domieszką krwi—prawdopodobnie wskutek urazu *sub cohabitatione*. Prof. PRZEWOŚKI znalazł torbiel tę wysłaną nabłonkiem cylindrycznym. Prócz tej torbieli stwierdziłem obecność jeszcze dwóch innych mniejszych, które leżały w jednej linii, jedna powyżej drugiej. Wszystkie trzy torbiele zdają się pochodzić z prawostronnego przewodu GARTNER'a. Dwie większe torbiele w asystencji kolegi KRAKOWA usunąłem podług sposobu SCHROEDER'a i brzegi częściowo obszyłem, trzecią małą torbiel tylko przeciąłem. W listopadzie 1895 r. znalazłem ją ponownie napęcznioną i znacznie większą, niż była poprzednio.

22) E. W. 22. IX. 1894. Lat 24, zamężna. Torbiel wielkości wiśni na przedniej ścianie pochwy *in columna rugarum anteriori* usadowiona, tuż powyżej brzegu *hymenis*. Torbiel wyłuszczyłem w całości po podłużnym przecięciu błony śluzowej pochwy i ranę zaszyłem; zawartość śluzowata z domieszką krwi, prawdopodobnie pochodzenia urazowego *sub cohabitatione*. Torbiel, tak zwana, retencyjna.

23) Bronisława G. 13. VII. 1895. Lat 29, od 16-go do 26-go roku zamężna, *V-para*. 3 torbiele pochwowe w jednej linii tuż ponad sobą ułożone po lewej stronie pochwy. Kierunek tej linii był skośny od góry i od zewnątrz ku dołowi ku wewnątrz ku otworowi cewki moczowej. Wyłuszczyłem w tym przypadku wszystkie trzy torbiele GARTNER'a w całości.

(D. n.).

O SKLERODERMII

(5 przypadków).

Podał MAKSYMILIAN BIRO.

(Ciąg dalszy.—Zob. N. 48).

Dane anatomo-patologiczne.

Pewne światło na istotę sprawy rzucić nam może badanie anatomo-patologiczne. Zmian zachodzących w skórze możemy się domyśleć na zasadzie danych klinicznych. Z początku skóra obrzmiewa, następnie grubieje i twardnieje, wreszcie zanika. Najbardziej charakterystyczny jest okres drugi, okres właściwej sklerozy. Naskórek przez czas długi zachowuje swą zwykłą grubość (MERY, WOLTERS); później ulega przerostowi. Staje się on grubszym, brodawkowatym, a powierzchnia skóry czyni wrażenie, jakby skóra była pokryta łuską rybią. Niekiedy rozrasta się, zwłaszcza w okresie początkowym, warstwa rogowa (UNNA); w innych razach podobno się nie rozrasta, natomiast się ścienia (FÖRSTER). Największy jednak udział w przeroście przyjmuje warstwa MALPIGHI'ego (NEUMANN), czasami wysyła ona wgłąb skóry właściwej dość znaczne masy komórkowe (CARSTENS). W następnym okresie naskórek staje się cieńszym, niż zazwyczaj (WADSTEIN), a ścienienie to najmocniej się odbija na warstwie rogowej. Czasami zostaje ono spowodowane przez silne łuszczenie. Ścienienie to najczęściej występuje w miejscach, w których ukazały się plamy wskutek zaniku barwnika. W nielicznych komórkach naskórka, ulegającego ścienieniu, znajdujemy ziarniste zwyrodnienie protoplazmy, w innych rodzaj nabrzmienia. Warstwa MALPIGHI'ego ulega ścienieniu. Komórki jej się zmniejszają, a ich wyrostki (*Stachelfortsätze*) się skracają, zwłaszcza głębiej leżące, które stają się wrzecionowatymi, o długich, cienkich wyrostkach, wdrażających się wgłąb skóry właściwej, w postaci falistych lub grajczarkowatych niteczek (WADSTEIN). Natężenie sprawy patologicznej w warstwie brodawkowej zależy od okresu cierpienia. W początkach choroby nie można zauważyć żadnych zmian w brodawkach. W miarę ukazywania się zmian w warstwie brodawkowej ulega ona spłaszczeniu; niekiedy granica pomiędzy nią a warstwą MALPIGHI'ego tworzy linię prostą (WOLTERS). Zamiast tkanki łącznej, przenikającej do brodawek zazwyczaj w kształcie delikatnych włókien, widać pasma znacznie grubsze, do których się przyłączają wyrostki komórek naskórka (WADSTEIN); komórek jest bardzo wiele. W miarę postępu sprawy w brodawkach i przyległych częściach skóry właściwej, już żadnej budowy nie można rozpoznać. W niektórych miejscach tkanka ma wygląd masy prawie jednolitej, w której już żadnych komórek nie widzimy, lecz jądra zaledwie, lub wreszcie ich szczątki; zwłaszcza pod łożyskiem paznogi znajdujemy wtedy tkankę zbitą, gęstą, bliznowatą. Skóra właściwa staje się o 3—4 mm. grubszą, niż zazwyczaj, a wszystko to dzięki rozrostowi tkanki łącznej. Pomiedzy oczkami łączno-tkankowemi spotyka się ogniska młodych komórek z figurami karyokinetycznymi. Takie ogniska występują dokoła pochewek gruczołów, naczyń i kapilarów. Ogniska te stają się w miarę po-

stępu sprawy mniej liczne i zaledwie gdzieniegdzie można je odszukać wśród nowopowstałych, poplątanych, dość jednolitych beleczek łącznotkankowych. Obok tego zachodzi rozrost włókien sprężystych. Ilość ich się powiększa; każde włókno staje się grubsze. Zjawia się to przeważnie w głębiej leżących warstwach skóry właściwej. Z czasem następuje ściągnięcie tworów nowopowstałych. Owo marszczenie się tkanki, owo zbliżanie się włókien ma sprawiać wrażenie liczebnego rozrostu włókien sprężystych (WOLTERS). Niektórzy utrzymują, że obok tego ilość włókien sprężystych się powiększa. Inni temu przeczą i sądzą, że ilość ich nietylko się nie powiększa, lecz w pewnych miejscach, w częściach przyległych do okostnej, mają one być nawet mniej liczne i ścienne (WOLTERS).

Te same zjawiska, co w skórze właściwej, znajdujemy również w tkance podskórnej. Cała tkanka podskórna znika i zostaje zastąpiona przez tkankę włóknistą, która w pobliżu chrząstki w nią wrasta i nie daje się od niej oddzielić (WOLTERS). Przystajemy wówczas odróżniać oddzielne warstwy skóry; wszystkie one zastąpione zostają przez jednaką tkankę włóknistą (WOLTERS). Objawy te napotykamy rozmaicie posunięte. W częściach makroskopowo mniej zmienionych może tkanka podskórna pozostać w stanie prawidłowym (ARNING), w bardziej dotkniętych widać je wyraźnie. W początkowych okresach cierpienia znajdujemy w tkance podskórnej liczne leukocyty i słabo barwiące się jądra, w miarę postępu sprawy ukazują się szerokie pasma włókien, tłuszcz znika, a w końcu cała tkanka podskórna przetworzoną zostaje w zbitą masę. Gruczoły skórne i włosy często są nietknięte, czasami spostrzegamy w pobliżu liczne leukocyty. Na przebiegu gruczolów widać w ostatnim razie znaczne nacieczenie i bujanie komórek łącznotkankowych. W późniejszym okresie gruczoły są otoczone rozrosłymi włóknami łącznotkankowymi. Gdy tkanka marszczyć się poczyna, gruczoły ulegają uciśnieniu i ich działalność ustaje. Przy słabem natężeniu sprawy włosy są niezmiennione, w miarę jej natężenia ukazują się w torebkach właściwych złuszczone komórki aż po samą cebulkę włosową, wreszcie zachodzi zanik włosów. Gładkie włókna mięsne ulegają znacznemu przerostowi (HELLER, DINKLER, WADSTEIN): stają się grubsze i dają rozgałęzienia ku włosom i w kierunku poziomym; nacieczenia w mięśniach skóry nie spostrzegano. W naczyniach skóry znajdujemy poważne zmiany. Ściany naczyń stają się grubsze, światło naczyń zostaje zwężone, w końcu naczynia są ścienne i pozostawiają po sobie tylko ślad w kształcie niewyraźnego szeregu komórek. W początkach cierpienia naczynia otoczone są okrągłymi i innymi komórkami. Po pewnym czasie następuje przerost błony zewnętrznej, grubość jej powiększa się w dwójnasób. Z czasem jednak błona ta ulega zanikowi. Zanik ten bywa zupełny lub częściowy. Najwybitniejsze zmiany spostrzegamy w warstwie średniej. Wrastają w nią nowopowstałe części łącznotkankowe, komórki jej zostają uciśnięte i układ ich staje się nieprawidłowym, a przez to niekiedy budowa jej staje się zmienioną niedopoznania; grubość błony znacznie wzrasta. W błonie sprężystej powstają z początku zagłębienia, z czasem ulega ona rozerwaniu, a wreszcie zupełnemu zniszczeniu. Gdzieniegdzie występują jeszcze jej szczątki pomiędzy masami, wrastającymi do rozrosłej błony wewnętrznej; błona ta zostaje wypukloną, a światło naczynia zwężone. Błona wewnętrzna tworzy w świetle naczynia liczne wyniosłości, śródbłonek jej wypełnia się komórkami okrągłymi i ulega znacznemu rozrostowi. Stąd zakłócenia w obiegu krwi. Ukazują się obrazy, charakterystyczne dla *endoarteritis* i *mesoarteritis obliterans*

dochodzi do zupełnego zamknięcia światła naczynia. Zmiany takie zachodzą w tętnicach i żyłach (WOLTERS). W większości przypadków żyły są nieco rozszerzone i przepełnione krwią. Nie jest jednak niezbędnym, by w pewnej okolicy wszystkie naczynia uległy tak znacznym przestoczeniom. Przeciwnie, zdarza się, że obok zwyrodniałych naczyń przebiega niejedno, zupełnie przez sprawę nietknięte. Naczynia chłonne podobno bywają przy sklerodermii rozlanej również zwężone (UNNA). Podając objawy kliniczne, zaznaczyliśmy, że w wielu przypadkach znajdujemy zmianę zabarwienia skóry, lecz że nie wszyscy badacze ją spostrzegali. Zupełnie tak samo ma się rzecz z odpowiedniemi tłem anatomo-patologicznem. Wielu autorów wcale nie wspomina o barwniku skóry przy danej sprawie. Niektórzy wygłaszają nawet zdanie, iż brak plam jest cechą znamioną cierpienia. Powtórzymy to samo, cośmy mówili w części klinicznej, że obecność lub nieobecność plam zależy od okresu cierpienia, że w pewnym okresie możemy ich nie znaleźć, a w późniejszym okresie je ujrzemy, i odwrotnie (przyp. 5). Wobec tego zrozumiałą jest sprzeczność zdań w interesującej nas sprawie. Wówczas, gdy ziarenka barwnika znajdujemy, nie napotykamy ich w postaci jakichkolwiek złogów (WOLTERS). Leżą one przeważnie w komórkach, prawie nigdy pomiędzy komórkami. Najmocniej występują ziarenka w głębszych warstwach *rete Malpighii*, a ciemna smuga, jaką one tu tworzą, miewa jakby półcienie w częściach powierzchowniej leżących i w częściach głębiej rozmieszczonych. Znajdowano je w pobliżu torebek włosowych i przewodów gruczołów, w samych przewodach gruczołów potowych, w torebkach włosowych i nabłonku gruczołów łojowych, w skórze właściwej, przeważnie w warstwie brodawkowej. W pobliżu naczyń barwnika prawie wcale nie spostrzegano. Pomimo to jednak za przyczynę zabarwienia uważają rozszerzenie naczyń krwionośnych (UNNA), zastój krwi. Zapewne, że pogładowi temu stawiają zarzuty. Wskazują, że barwnik odnośny nie daje odczynu na hemosyderynę i że doświadczenia z iniekcją naczyń dały wyniki ujemne. Przyznajmy, że są to argumenty słabe. Barwnik krwi, długo poza obrębem naczyń się znajdujący, również odczynu wskazanego nie daje, a wyniki ujemne doświadczeń z iniekcją naczyń mogą zależeć od tego, że zmiany nie dotyczą wszystkich naczyń. Najprawdopodobniej zachodzi w danej sprawie zwykła czynność wytwarzania się barwnika w komórkach nabłonkowych i łącznotkankowych w stopniu bardziej spotęgowanym, niż w warunkach zwykłych. Nasuwa się pytanie, dlaczego ma się barwnik nagromadzać przeważnie w najgłębszych warstwach *rete Malpighii*? Objaśniają to w ten sposób: przy podziale każdej komórki na dwie—jedną, leżącą głębiej, a drugą powierzchowniej—tylko pierwsza zachowuje barwnik.

O zmianach, jakie zachodzą w nerwach skóry, mamy bardzo mało danych. W wielu przypadkach zmian nie wykryto, w tych zaś, w których je widywano, spostrzegano zaburzenia przedewszystkiem w drobnych gałązkach nerwowych (MERY). W jednym przypadku (ARNOZAN), wprawdzie powikłanym przez różę, więc mało przekonywającym, widziano *neuritis parenchymatosa*. Zazwyczaj występuje w otoczkach nerwów nacieczenie białych ciałek krwi (LAGRANGE). Znajdowano zgrubienie otoczki nerwowej, rozszerzenie przestrzeni chłonnych pomiędzy *perineurium* a nerwami, niekiedy segmentację myeliny, zgrubienie włókienek osiowych (MEYER). W końcu nerwy ulegają zanikowi (LETULLE). W ten sposób ilość nerwów skórnych zostaje zmniejszoną (WOLTERS). Obwodowe zapalenie nerwów spotyka się przy twardzieli wyłącznie w miejscach dotkniętych cierpieniem. Czy zapalenie to jest pierwotne, czy

też wtórne i zależne od otaczającej tkanki stwardniałej i rozrostu otoczek (MEYER), pozostaje sprawą niewyjaśnioną.

Wiemy już z części klinicznej, że przy sklerodermii widywano obok zmian w skórze zmiany chorobowe ze strony głębiej leżących tkanek i narządów wewnętrznych. Nádzwyczaj ważnym faktem dla zrozumienia istoty sprawy jest to, że zmiany te są zupełnie takie same, jak w skórze. Sposzrzegano rozrost powięzi, rozścięgien, pochewek maziowych; znajdowano tkankę mięśniową mocno zgrubiałą i zrośniętą ze skórą; czasami widywano zupełny zanik mięśni, a zamiast mięśni spostrzegano rodzaj sznurków. Badanie drobnowidzowe wykryło w zmienionych mięśniach sprawy zanikowe; nigdy nie zaznaczano zwyrodnień, ani przerostu; dokoła pojedynczych włókien znajdowano pasma włókniste i mnóstwo komórek zarodkowych. Na tej zasadzie niektórzy badacze utrzymują, że zmiany w mięśniach są wtórne: ma to być skutek przeniesienia się zapalenia przewlekłego z tkanki międzymięśniowej na mięśnie, lub też zanik, spowodowany w mięśniach przez ucisk rozrastających się powięzi, rozścięgien i tkanki międzymięśniowej. W naczyniach mięśni zachodzi obraz, charakterystyczny dla *endoarteritis obliterans*. Wskutek zmian w mięśniach i marszczenia się skóry mają powstawać zniekształcenia stawów, zwichnięcia, nieruchomość stawów (przyp. 2, 3 i 5), ukazujące się w późniejszych okresach cierpienia. Niektórzy badacze utrzymują, że cierpienie stawów jest jedynie zależne od zmian w skórze. Są jednak dane, które zmuszają nas do powątpiewania, czy sprawy stawowe są przy sklerodermii zawsze zjawiskiem wtórnym (przypadek 1 i 3). Znajdujemy brak chrząstek stawowych i rozrost tkanki łącznej, która łączy kości (VERNEUIL, LAGRANGE). Prawdopodobnie zachodzą również zmiany w *synovialis* i torebce. Wobec ukazania się wiekopomnego odkrycia ROENTGEN'a chciałem się przekonać, czy nie uda mi się zapomocą tej metody rozejrzeć się nieco w budowie dotkniętych części. Inżynier-chemik p. Lebedziński był o tyle łaskaw, że wspólnie z zemną dokonał zdjęcia łokcia chorej (przyp. 3) zapomocą użyczonej mi przez niego rurki CROOKES'a, za co czuję się w obowiązku wyrazić mu na tem miejscu serdeczne podziękowanie.

Ze względu na wiele niezbadanych jeszcze stron tej metody, trudno obecnie wnioskować z otrzymywanych zdjęć o obrazie chorobowym, jak to zwykliśmy czynić z danych sekcyjnych. Sądzę jednak, że z pewnem zastrzeżeniem pozwala nam ona sekcję zastąpić i głębiej zajrzeć w tajniki ustroju za życia, niż to było możliwe dotychczas. Przyszłe badania wykażą, o ile moje wyniki zdjęcia ROENTGEN'owskiego nie były złudne. Obraz otrzymany zrobił na mnie wrażenie takie, jak gdyby świadczył o ujednostajnieniu się części miękkich i kości. Części miękkie uwydatniły się w stosunku do kości daleko wyraźniej, niż to się dzieje u niedotkniętych sklerodermią, natomiast kości dały obraz stosunkowo mniej ciemny, niż kości zdrowe; końce stawowe zwłaszcza czynią wrażenie bardzo rozrzedzonych. Zafrasowało mnie to odkrycie wówczas, gdym oto później przeczytał także spostrzeżenie, uczynione niedawno na zasadzie badań anatomo-patologicznych (WOLTERS). Wiemy już o rozroście tkanki łącznej na miejscu tkanek miękkich, gdy je dotyka sprawa sklerodermiczna, i o twardnieniu części miękkich; otóż w kościach zachodzi sprawa odwrotna: tracą one na twardości, ulegają zanikowi (WOLTERS). Spraw, przebiegających w kościach, nie można utożsamiać ze zjawiskami, zachodzącymi w skórze. Mamy tu wprawdzie ten sam rozrost tkanki łącznej, te same zjawiska dokoła naczyń, takie same pasma komórek embryonalnych dokoła nich, tę samą spr-

wę zapalną, wolno postępującą, zaczynającą się od ognisk drobnych (MERY), ten sam obraz zapalenia śródmiaższowego. Lecz obok tego zachodzi zanik kości, który przebiega w postaci *lacunäre Einschmelzung*, a wcale nie zjawia się wskutek ucisku. Niezależnie od tego widzimy tu nacieczenie zapalne. Obie sprawy — zapalna i niezapalna — sprzyjają zanikowi (WOLTERS). Tkan-ka kostna składa się niekiedy z nieregularnie przebiegających beleczek, odgraniczających wielkie przestrzenie, pełne komórek tłuszczowych i zarodkowych. Część zbita kości (*compacta*) zanika, a miejsce jej zajmuje tkanka łączna. Kanały Havers'a są mocno rozszerzone, a naczynia, w nich przebiegające, otoczone są komórkami tłuszczowymi i tkanką łączną. W tkance szpikowej leżą rozszerzone naczynia z rozrosłą *intima*, która wraz ze zmienioną *media* niekiedy całkowicie zamyka ich światło. Chrząstki stawów ulegają zanikowi. Pomędzy obnażonymi powierzchniami kostnymi znajdujemy pasma włókniste z zawartością wapienną na obwodzie (LAGRANGE).

W narządach wewnętrznych widywano zmiany, lecz były one mniej li-czne, niż zmiany skóry, mięśni i kośćca. Wprawdzie nie we wszystkich przy-padkach podjęte zostały badania pośmiertne, a z tego względu nie możemy dokładnie określić stosunku pomiędzy tłem anatomo-patologicznym narządów wewnętrznych, a zmianami łatwiej dostrzegalnymi, zachodzącymi w powłokach; lecz już sam fakt, że tylko w nielicznych przypadkach znaleziono zmiany w narządach wewnętrznych, każe nam się nad nim zastanowić. Jeśli zaś pokażna część tych zmian, jak się okaże, będzie miała ten sam charakter, co i zmiany, zachodzące w powierzchownych i dostępniejszych dla badania częściach ciała, to będziemy musieli zadać sobie pytanie, czy można uważać zmiany skóry, mięśni i kośćca za zależne od zmian tej samej kategorii, spostrzeganych w narządach wewnętrznych, czy tylko za fakty współrzędne i zależne od innych, w tej chwili mało nam znanych. Musimy się również zastanowić nad tem, czy nieliczne zmiany, jakie w narządach wewnętrznych znajdziemy po za owe-mi współrzędnymi ze zmianami w skórze, mięśniach i kośćcu, mogą być uwa-żane za fakty wyższej kategorii, warunkujące zmiany poprzednie, czy też za przypadkowe, w niezmiernie luźnym związku ze sklerodermią pozostające.

Jeśli się rozejrzemy w istniejącym materiale sekcyjnym, to zauważymy zmiany w narządach rozmaitych. Spostrzegano obrzęk i rozedmę płuc, wy-sięk w worku opłucnej, zgrubienie opłucnej, zupełne stwardnienie pojedyn-czych zrazów płucnych, zmiany sklerotyczne w wątrobie z zapaleniem tkanki okołozylnej w rozgałęzieniach żyły wrotnej, początkową marskość wątroby, powiększenie śledziony wraz z przebiegającymi w niej pasmami łączno-tkan-kowemi, bardzo małą śledzionę, zapalenie przewlekłe i stwardnienie gruczo-łów chłonnych, całkowite zamknięcie przewodu piersiowego i jego rozga-łęzień, zapalenie śródmiaższowe nerek, nerki małe, twarde, z *endoarteritis obli-terans* naczyń, zwłaszcza w warstwie korowej, wraz ze stwardnieniem kłę-bków, zatory w nerkach, miażdżycę w nerkach (MEYER), *endoarteritis* na-czyń macicznych, przerost macicy, przerost ścian żołądka z guziczkami uło-żonymi paciorkowato wzdłuż naczyń chłonnych, stwardnienie kępek PAYER'a, rozszerzenie serca (SPIELER), pasma łączno-tkankowe w mięśniu sercowym (MEYER, MERYTHELLER), tkankę łączną zamiast mięśni brodawkowych, zapa-lenie błony wewnętrznej naczyń wieńcowych, zgrubienie ich, plamy mleczone na wsierdzu, zgrubienie zastawki dwudzielnej, miażdżycę aorty piersiowej, zmiany endoarterytywne w łuku dłoniowym i wielu innych naczyniach naj-rozmaitszych narządów. W jednym przypadku (SINGER) znaleziono zmniej-

szenie prawego zrazu gruczołu tarczowego, duży rozrost tkanki łącznej zwłaszcza w zrazie prawym. W układzie nerwowym spostrzegano *endoarteritis obliterans*, zwyrodnienie jąder rdzenia przedłużonego i przednich pasm części grzbietowej rdzenia, zmiany przednich korzeni rdzenia i nerwów obwodowych, sklerotyczne zmiany mózgowia (WESTPHAL), masy obrzękle dokoła nerwu współczulnego, syringomyelię, nerw współczulny wśród tkanki włóknistej, z pośród której trudno go było uwolnić (HARLEY), przekrwienie naczyń na wypukłej powierzchni czaszki, obrzęk opon mózgowych, zrosty opony twardej, zwyrodnienie *arachnoideae*, rozmiękczenie tkanki mózgowej, niejednakową wagę obudwu półkul mózgowych, rozsiane zgrubienia zawojów mózgowych, pojedyncze ogniska żółte rozmiękczenia kory mózgowej, stwardnienie rdzenia, zwyrodnienia przednich korzeni wielkich pni nerwów obwodowych, mocno włóknistą neuroglię, zanik w okolicach słupów CLARKE'a i dolnej części zawoju szyjowego, zmiany w piramidach.

Patogeneza.

Krótki ten przegląd zmian anatomicznych w narządach wewnętrznych przekonał nas, że w większości przypadków dotknięty zostaje układ nerwowy; drugie miejsce po nim zajmuje pod tym względem układ naczyniowy; inne narządy bywają dotknięte w przypadkach niezmiernie rzadkich. Widzieliśmy, że mogą zachodzić zmiany w najrozmaitszych narządach i że wszystkie te zmiany są analogiczne w stosunku do zmian zachodzących w skórze, mięśniach i kośćcu. Są one związane łącznikiem współrzędności raczej, niż wzajemnej zależności. Zmiany, spostrzegane we wszystkich narządach przy twardzieli, mają jeden wspólny typ znamieny. Robią one takie wrażenie, jak gdyby najważniejsze części narządu, części, od których zależy ich czynność, były wypierane przez ukazującą się na ich miejscu tkankę, w zwykłych warunkach stanowiącą ich rusztowanie, przez tkankę łączną. Objawu ostrego zapalenia w żadnym prawie narządzie nie spostrzegamy. Przy badaniu wszystkich narządów dotkniętych cierpieniem, zmiany powyższe znajdujemy w naczyniach, zmiany, które możemy wykryć nawet w narządach, których inne części składowe przez sprawę jeszcze nie zostały dotknięte. Zmiany te nie występują jednak we wszystkich naczyniach, a tylko w niektórych. W większości przypadków nie oszczędzają one układu nerwowego, napastują chorych nerwowych i umysłowych. Nie sposób uznać sprawy chorobowej w danym razie za skutek zmian w jakimkolwiek narządzie wewnętrznym, nawet za zjawisko zależne od napotykalnych zmian namacalnych w układzie naczyniowym lub nerwowym. Byłoby wszak dziwaczne uznawanie zmian sklerodermicznych w przyp. 1-ym za skutek zmian w nerkach? Nie możemy z większym prawem bronić podobnej zależności, niż związku z rzadko napotykanymi zmianami w narządzie, odgrywającym dużą rolę w gospodarce ustroju, to jest w gruczole tarczowym. Widzimy raczej współrzędność pomiędzy zmianami, napotykanymi we wszystkich powyższych częściach ustroju. Wspólny wszystkim tym sprawom rozrost tkanki łącznej w rozmaitych częściach ciała mógłby powstawać jako zjawisko następcze po zaniku mięszu narządów, wogóle najważniejszych pod względem czynnościowym tkanek; mógłby być skutkiem jakiegoś zapalenia, więc sprawy przynajmniej w znacznym stopniu zależnej od naczyń; mógłby zależeć od zastoju w naczyniach, od jakichś wreszcie spraw odżywczych, zależnych od nerwów.

Istnieją też różne hipotezy o patogenie sklerodermii. Gdy nie wiadomo o nowotworzeniu się tkanki łącznej przy danej chorobie, uważano stwardnienie skóry za skutek marszczenia, ściągania się jej pod wpływem ustawicznego skurczu gładkich włókien mięsnych (HORTELOUP). Patrząc na tkankę łączną, jako na tkankę, zjawiającą się następczo po zaniku ważnych pod względem czynnościowym tkanek, można było przypuścić, że sklerodermia powstaje wskutek złego odżywiania ogólnego (HEBRA, KAPOSI, HOLLEFREUND, BERNHARDT, SCHWABACH). W naszych czasach, gdy gruczoł tarczowy zaczęto uważać za narząd, mający duże znaczenie w sprawie odżywiania ustroju, w nielicznych przypadkach sklerodermii, w których znajdowano zmiany w tym gruczole, zadano sobie pytanie, czy zaburzenia czynności gruczolu tarczowego nie mają prostego lub odległego związku z genezą cierpienia (SINGER)? Przypadki takie są jednak zbyt ograniczone, a sprawa gruczolu tarczowego zbyt jeszcze niejasna, byśmy mogli nie zostawić teorii tej w zawieszeniu. Trzeba było trafu, by znaleźć przypadek sklerodermii z namacalnym dowodem zastój w układzie naczyniowym, aby wygłosić teorię zastoinową. Naturalnie, że dla badacza było rzeczą podrzędną, czy zastój zachodził pierwotnie w naczyniach krwionośnych, czy też chłonnych, ze względu choćby na wzajemną zależność obu spraw. Gdy więc pewnego razu znaleziono na stole sekcyjnym u sklerodermika zamknięty przewód piersiowy, powstała teoria o zależności sklerodermii od zastój limfy (HELLER). I teoria ta znalazła zwolenników (RASMUSSEN, LEISINK, SENATOR). Fakty późniejsze ją obaliły. Cokolwiek o tej teorii powiemy, musimy przyznać, że była ona krokiem naprzód w dziedzinie badań naszych. Tkwi w niej nieświadomy fakt, że przy danym cierpieniu mamy zakłócenia, zależne od jakiegoś układu centralnego. Teoria ta mogłaby nam już wyjaśnić, czemu w większości przypadków dotknięte są części, symetrycznie ułożone. Gdyby umiano w nią głęboko zajrzeć, to musiano by przyznać, że, bądźco bądź, przekazała nam ona myśl poszukiwania źródła cierpienia w jakiejś centralnej stacji dla czynności ustroju. Powinno było logiczną drogą wyłonić się przypuszczenie, że przyczyną cierpienia mogą być zmiany jedynie w układzie naczyniowym lub nerwowym. I myśl o takich teoriach ukazała się w samej rzeczy, jakkolwiek wcale nie tą drogą badacze do niej doszli. Sprowadziła ją zwykła empirya. (D. n.).

KAZUISTYKA.

Z WARSZAWSKIEGO ZAKŁADU GINEKOLOGICZNEGO.

Przypadek cięcia cesarskiego

z pomyślnem zejściem dla matki i dziecka,

opisał **Bronisław Szymański**, lekarz domowy Zakładu.

H. M., żona kupca z Radomia, zgłosiła się do Zakładu Ginekologicznego w d. 21-ym lutego r. b. o godzinie 12-iej w południe w celu odbycia porodu. Jeszcze w listopadzie roku zeszłego, rodząca, będąc w 7-ym miesiącu ciąży, zasięgała porady u d-ra ROGOWICZA, z polecenia kol. IDZIKOWSKIEGO z Radomia. Wówczas już

na podstawie danych wywiadowczych, po dokładnem zbadaniu ciężarnej, postanowiono rozwiązanie zapomocą cięcia cesarskiego.

W tym celu ciężarna udała się do Warszawy przed spodziewanem rozwiązaniem, dokąd przybyła już w bólach. Po przybyciu rodzącej do Zakładu, oględziny lekarskie, odbyte natychmiast przez d-rów ROGOWICZA, BORYSSOWICZA, THIEMEGO i przezemnie, wykazały co następuje: rodząca lat 23, karlica, wieloródka, z ojca karła, człowieka zdrowego, i matki, kobiety prawidłowo zbudowanej i zdrowej, jest jedyną z całego potomstwa, składającego się z pięciorga dzieci; wzrost odziedziczyła po ojcu.

Z wywiadów okazało się, że w dzieciństwie nie chorowała i krzywicy nie przechodziła. Pierwsze miesiączkowanie nastąpiło w 18-ym roku życia; od tego czasu odbywało się prawidłowo, co 28 dni, 5—6 dni trwając. Wyszła za mąż w 19-ym roku życia; po 9-iu miesiącach zaszła w ciążę, którą przebyła do kresu zupełnie zdrowo i pomyślnie. Rozwiązanie tej ciąży zakończyło się wymóżdzeniem główki płodu. Taki sam był przebieg następnej ciąży i porodu, który miał miejsce w 1½ roku po pierwszym rozwiązaniu. Obecnie rodzi po raz trzeci. Bóle porodowe rozpoczęły się od 4-ch godzin.

Rodząca prawidłowej budowy ciała, odżywiania dobrego, długość ciała w położeniu leżącym 111 ctm.; zboczeń w układzie kostnym i mięsnym nie przedstawia żadnych, słuch ma przytępiony od dzieciństwa. Mówi zrozumiale, tłumaczy się jasno. Kończyny dolne nie obrzmiały. Mocz, prócz śladów białka, składników nieprawidłowych nie zawiera. Stan bezgorączkowy.

Gruczoły piersiowe rozwinięte prawidłowo i przy ucisku wydzielają siarę.

Ściana brzucha cienka i umiarkowanie napięta, kształt brzucha kopulasty. Przy badaniu zewnętrznym wyczuwa się z prawej strony główkę płodu, ruchomą, nad wchodem miednicy, oraz pośladki i grzbiet, z lewej zaś strony drobne części płodu. Tętno serca płodu z prawej strony poniżej pępka.

Badanie wewnętrzne, wykonane po starannem odkażeniu, wykazało, że kroczce nieco naddarte, pochwa dość wązka, ściany jej rozpulchnione. Część pochwowa macicy krótka, niewygładzona, ujście zewnętrzne rozwarne na 1½ palca, szyja przepuszcza swobodnie palec. Wzgórek krzyżowy łatwo dosięgalny jednym palcem, a ściany boczne miednicy obejść się łatwo dają. Wymiary miednicy były następujące: *DJ*—21, *DCr*—23, *DT*—26, *Conj. ext.*—15 ctm.; *Conj. diag.* 6,5; *Conj. v.* 5. Na zasadzie tych danych wywnioskowano, że mamy do czynienia z miednicą ogólnie ścieśnioną w wysokim stopniu i że ścieśnienie to stanowi wskazanie bezwzględne do cięcia cesarskiego.

Operację cięcia cesarskiego, sposobem zachowawczym SAENGER'a, wykonał tegoż dnia d-r ROGOWICZ o godz. 3½, po południu przy współudziale i pomocy wszystkich lekarzy Zakładu i kol. REHAN'a z gub. Kijowskiej.

Po uspieniu rodzącej i starannem odkażeniu ściany brzusznej, poprowadzono cięcie w smudze białej, długości 15 ctm., otwarto jamę brzuszną, a ująwszy oburącz macicę, wydobyto ją ostrożnie nazewnątrz ściany brzusznej. Następnie, po założeniu serwety BILLROTH'a do jamy brzusznej i zbliżeniu brzegów rany ku sobie w górnej jej części, w celu ochrony jelit od wypadnięcia, gdy pomocnik uciskał oburącz dolny odcinek macicy poniżej główki płodu, przecięto macicę w linii środkowej na przestrzeni 11 ctm., a uniknąwszy nacięcia łożyska, ujęto płód w sposób zwykły i wydobyto go nazewnątrz. Łożysko wraz z błonami oddzielono od ściany macicy i wydobyto przy umiarkowanym krwawieniu w całości.

Ranę w ścianie macicy zaszyto w ten sposób, że nałożono szew węzełkowy jedwabny, mięśniowo-mięśniowy, przez całą grubość mięszu macicy, nie dotykając

doczesnej, poczem szew surowicz-mięśniowy także węzełkowy w odstępach jednocentymetrowych, który jeszcze wzmocniono powierzchownym szwem surowicz-surowicznym, nałożonym w odstępach pomiędzy węzłami szwu poprzedniego.

Macica zwinęła się dobrze, krwawienie przez pochwę z macicy, po odprowadzeniu jej do jamy brzusznej i wyciśnięciu z niej skrzepów, było bardzo umiarkowane.

Ścianę brzuszną zaszyto szwem jedwabnym sposobem BORYSSOWICZA i nałożono opatrunek zwykły.

Operacja trwała godzinę i minut 15. Wydobyty płód, noworodek płci męskiej, nieomdlały, długości 48.5 ctm., ważył 2600 grm.; wymiary główki poprzeczne $9\frac{1}{4}$ — $8\frac{1}{2}$, prosty — $10\frac{1}{2}$; obwód główki w płaszczyźnie poprzecznej wynosił 32,5.

Przebieg pooperacyjny przedstawiał się w sposób następujący: zaraz po operacji: ciepłota $36,4^{\circ}$; tętno 110. Stan ogólny zadawalający. Wymiotów nie było. Wieczorem w dniu operacji ciepłota $37,1^{\circ}$, tętno 96.

22. II. 96. Ciepłota $36,7^{\circ}$ rano, $37,1^{\circ}$ wieczór, tętno 80—90. Stan ogólny dobry, położnica skarży się tylko na niewielkie bóle w okolicy podżebrzy.

23. II. 96. Ciepłota $37,0^{\circ}$ — $37,4^{\circ}$. Tętno 80—100. Chora skarży się na przelewanie w brzuchu, wywołujące dość mocne bóle w okolicy podżebrzy.

24. II. 96. Ciepłota $36,9^{\circ}$ — $37,4^{\circ}$. Tętno 84—108. Nieznaczne wzdęcie brucha w okolicy dolka podsercowego. Wieczorem podano lałatywę, po której nastąpiły obfite wypróżnienia. Dalszy przebieg zdrowienia przeszedł bez zaburzeń.

Szwy zdjęto 9-go dnia, rana brzuszna zrosła się na całej przestrzeni przez rychłozrost. Macica zwijała się prawidłowo, odchody połogowe były przez cały czas zupełnie prawidłowe. Gruczoły piersiowe 3-go dnia były nieco obrzmiałe i bolesne. Położnica karmiła sama. Dziecko rozwijało się dobrze. Chora wstała dnia 16-go i wypisała się z Zakładu wraz z dzieckiem dnia 21-go po operacji, t. j. 12-go marca r. b. Badanie w dniu wyjścia chorej z Zakładu wykazało: macica powiększona, ruchoma, przy dotyku niebolesna.

Podając krótki opis tego przypadku, operowanego przez ś. p. ROGOWICZA, pragnęłam spełnić wolę przedwcześnie zmarłego przewodnika mego, który nie szczędził mi rad i wskazówek z bogatej skarbnicy swego długoletniego doświadczenia lekarskiego.

STRESZCZENIA i WYCIĄG'.

130. Prof. MAYDL. **O chirurgii pęcherzyka i przewodów żółciowych.** W Austrii operacje na pęcherzyku i przewodach żółciowych należą do rzadszych nie dlatego, by kamica żółciowa była rzadszą, lecz, że konkurencyę chirurgii robi *panaceum* przeciwko wszelkim chorobom wątroby i pęcherzyka żółciowego—Karlsbad. A przecież dotąd nie poszczęściło się wyjaśnić mechanizmu działania wody karlsbadzkiej, nie poszczęściło się doświadczalnie stwierdzić jej skuteczności. Niepewnem tak samo jest działanie soli kwasu salicylowego i soli kwasów żółciowych; wiadomo, że od środków tych ciśnienie w przewodach żółciowych wzrasta bardzo nieznacznie.

Podług M. wszystkie przypadki trwałego zatrzymania odpływu żółci należy uważać za przedmiot leczenia chirurgicznego. Po za tem kamica wątrobowa wymaga pomocy chirurgicznej ze względu na sprawy zakaźne, wywoływane

przez paciorkowce, gronkowce ropne oraz przez laseczniki okrężnicy, które to drobnoustroje przy zatrzymaniu się odpływu żółci znajdująca się w przewodach żółciowych i w pęcherzyku. Zapalenia pęcherzyka żółciowego, ropnie wątroby, podprzeponowe, wypadnięcie kamieni do kiszki, skąd drogą naturalną na zewnątrz wyjść nie mogą, zatrzymanie się wielkich kamieni w kiszkach cienkich z objawami niedrożności i wypadnięcie tych stężyn do jamy otrzewnej z groźnym zapaleniem tejże—wszystko są to sprawy, w zakres chirurgii współczesnej wchodzące.

Najczęściej chorzy zwracają się do lekarza z powodu ostrej lub przewlekłej puchliny pęcherzyka żółciowego, oraz z powodu żółtaczki. Najmniej znane są nam przypadki niedrożności przewodu wątrobowego (*d. hepaticus*), z którego dotychczas nikt z całą świadomością kamieni nie wyjął. Również przypadki zaniku pęcherzyka żółciowego wskutek zatkania przewodu pęcherzykowego nie dają się rozpoznać i jako takie zostały wyłączone z leczenia chirurgicznego.

W obecnym stanie dyagnostyki chirurgicznej wykonywamy zabiegi chirurgiczne: 1) przy zmianach chorobowych w pęcherzyku żółciowym; 2) przy zatkaniu przewodu pęcherzykowego i 3) przy zatkaniu przewodu wspólnego (*d. choledochus*), mając we wszystkich przypadkach za podstawę — powiększenie rozmiarów pęcherzyka żółciowego.

Jeśli znajdujemy pęcherzyk żółciowy, napełniony kamieniami, jako wyczuwalny pod łukiem żebrowym twardy guz, czuły na ucisk, to zadaniem naszym jest usunięcie ciała obcego, drażniącego ściany pęcherzyka. O zabiegu rozstrzyga okoliczność, czy pęcherzyk przyrósł do przedniej ściany brzucha, czy też nie. Jeśli guz porusza się zgodnie z ruchami oddechowymi przepony, uważamy go za wolny, nieprzyrośnięty. Jeśli nie daje się przesunąć pod powłokami brzuszniemi, głównie w bok,—uważamy go za przyrośnięty. Sama przez się rzecz ta nie gra obecnie wielkiej roli. Do pęcherzyka zbliżamy się, preparując warstwami; o ile zaś przedtem obawiano się ulania się żółci do jamy brzusznej ze względu na przypuszczalną możliwość zapalenia otrzewnej, o tyle teraz wiemy, że sama przez się niezmięciona żółć ma raczej własności przeciwnie. Obawa dostania się żółci jedynie o tyle jest uzasadnioną, że w żadnym przypadku nie możemy być pewni czy żółć nie zawiera drobnoustrojów ropotwórczych.

Dobrze więc jest, jeżeli pęcherzyk przyrósł do ścian brzucha, gdyż możemy go otworzyć po za otrzewną. Jeśli zaś przyrośnięty nie jest, możemy zrost wywołać sztucznie przez to, że, doszedłszy do pęcherzyka, ranę na pewien czas tamponujemy gazą jodoformową, lub też, co jest rzeczą pewniejszą, przyszywamy pęcherzyk do otrzewnej i dopiero po 4—6 dniach, gdy przyrósł, przystępujemy do właściwego zabiegu.

Operację tę można skończyć dwojakim sposobem. Po przywróceniu prawidłowego stanu rzeczy w pęcherzyku, ranę w ścianie zaszywamy; stanowi to rzeczywistą cholecystotomię. Jeśli przytem pęcherzyk wpuszczamy do jamy otrzewnej i też błonę nad nim zamykamy, to jest to idealna cholecystotomia—t. zw. *cholecystendysis*. Jeżeli pęcherzyka nie zaszywamy, lecz zastawiamy przetokę, odprowadzającą nazewnątrz ropę, śluz i t. p., to zabieg ten nazywa się cholecystostomią. Dawniej operację tę wykonywano częściej, niż było potrzeba, ze względu na brak doświadczenia w innych kierunkach; obecnie zamiast niej często robi się kruszenie kamieni w tym lub innym przewodzie żółciowym, cystico—lub choledochotomię, wyłuszczenie pęcherzyka lub też cholecystenterostomię.

Wskazania do cholecystostomii są dosyć nieliczne; uciekamy się do niej: 1) jeżeli pęcherzyka zaszyć nie można z przyczyny owrzodzeń na ścianach; 2) jeżeli

puchlina pęcherzyka wynika z zatkania przewodu pęcherzykowego przez ciało którego w chwili operacji usunąć nie można ani przy pomocy litotrypsyi, ani też przy pomocy cystikotomii. W obu przypadkach stosunki z czasem mogą się zmienić. Owrzodzenia mogą się zagoić, kamień może sam odejść lub też może być sztucznie usunięty po nastąpieniu zmian zapalnych dookoła. Utworzona przetoka zazwyczaj choremu bardzo dolega i trzeba przedsięwziąć wtórne zaszycie pęcherzyka po okrwawieniu brzegów—wtórną cholecystorafię.

Jednakże przy powyższych wskazaniach cholecystostomia ma poważną rywalkę w cholecystektomii. Zabieg ten polega na wyłuszczeniu pęcherzyka żółciowego, przewiązaniu przewodu pęcherzykowego z przyżeganiem przecięcia lub też z poprzecznym zeszcyciem przecięcia po usunięciu błony śluzowej.

Wskazania do tej operacji są następujące: 1) pierwotny nowotwór pęcherzyka; 2) nieusuwalna niedrożność przewodu pęcherzykowego; 3) obszerność zmian nieżytych lub ropnych, tak, że spodziewać się należy zarośnięcia pęcherzyka.

Dla przedstawienia pełniejszego operacji, dokonywanych na pęcherzyku, wspomnieć należy o cholecystenterostomii WINIWARTER'a, która polega na zrobieniu przetoki między pęcherzykiem i kiszka cienką. Żółć, nie mogąca odpływać do dwunastnicy, dostaje się do kiszek cienkich i zostaje zużytkowaną. Przetoku usuwa się puchlinę pęcherzyka i zastój żółci i zapobiega się wessaniu jej do krwi. Technika nie różni się od tej, jakiej przy enteroanastomozie używamy: zszycie dwóch nacięć na pęcherzyku i kiszce szwem dwurzędowym przez błonę śluzową i mięśniowo-surowiczą.

Operację tę wykonywamy przy nieusuwalnej przeszkodzie w przewodzie wspólnym, jakoto: rak, umiejscowiony przy wylocie kiszkiowym lub na przebiegu tego przewodu, niedrożność przewodu wspólnego po owrzodzeniach z powodu kamicy, z powodu przymiotu lub też przerzutów raka i t. p. Zatkanie kamieniem przewodu wspólnego nie jest wskazaniem do cholecystenterostomii, ponieważ usunięcie kamieni stamtąd było już wykonywane. Tylko więc, gdyby kamienia w żaden sposób usunąć nie można było, uciekamy się do cholecystenteroanastomozy.

Nacięcie przewodu żółciowego lub wspólnego w celu wydostania kamieni nazywamy cystiko- lub choledochotomią. Pierwsza z tych operacji uzupełnia często cholecystotomię lub cholecystostomię. Jest to rękoczyn dosyć prosty. Natomiast choledochotomia jest operacją zupełnie samoistną i dosyć trudną wskutek głębokości, na jakiej leży ten przewód.

W r. 1884 LAWSON TAIT zastosował cholelitotrypsję w przewodzie żółciowym, w r. 1886 LANGENBUCH zrobił to w przewodzie wspólnym. Nie ulega wątpliwości, że zwłaszcza w przewodzie żółciowym w ten sposób można kamienie nie tylko pokruszyć, lecz nawet i usunąć. Co się tyczy przewodu wspólnego, to po kruszeniu kamieni można mieć nadzieję, że snadniej przesuną się do kiszek. Dla zupełności dodać należy, że znane są przypadki choledochostomii oraz choledochointerostomii. Wszystko to świadczy, jak liczne są zabiegi operacyjne na tak ograniczonej przestrzeni.

Co się tyczy rokowania, to należy odróżniać rokowanie co do samej choroby od rokowania co do tej lub innej zamierzonej operacji. Samo przez się rozumie się, że usunięcie kamieni z pęcherzyka żółciowego lub grubych przewodów żółciowych nie wyłącza możliwości ponownego tworzenia się tych stężyn oraz ich ponownego uwięźnięcia. Przytem już w czasie operacji cały system cienkich przewodów może być przepełniony zlogami, które, przesunawszy się dalej, mogą

powodować ponowne zatkanie przewodów. W każdym razie, o ile rozpoznanie było dokładne, to w chwili operacji rokowanie co do choroby jest dobre, albowiem przy choledochotomii naprzykład, kamień, zamykający światło przewodu, usuwamy, zaś przy cholecystenterostomii zapewniamy kiszkom dopływ odpowiedniej ilości żółci. Co się tyczy operacji samej, to według NAUNYŃ'a rokowanie, przy ledwo wyczuwalnem powiększeniu pęcherzyka i przy braku żółtaczki, jest dobre. NAUNYŃ, zebrawszy 89 dokładnie spostrzeganych przypadków, znalazł w takich razach tylko 6,7% śmiertelności.

Dlaczegoż odróżniać należy przypadki bez żółtaczki od przypadków z żółtaczką? Wielu, jak BISHOP, GREIG-SMITH, STANMORE i MAYDL, jest zdania, że gdzie mamy żółtaczkę, tam operacja jest wyłączoną lub też bardzo poważną. 173 przypadki bez żółtaczki wykazują 9,6% śmiertelności, 70 operacji przy żółtaczce — dają 48,7%. Przyczyną jest to, że cholemia okazuje szkodliwy wpływ na tworzenie się skrzepów i gojenie ran, tak, że możnaby mówić o pewnego rodzaju usposobieniu krwotocznem — *état hémorrhagique*. Należy więc przed operacją zbadać dokładnie stolce, mocz, skórę i błony śluzowe.

Prócz żółtaczki, rokowanie pogarszają choroby, będące często przyczyną żółtaczki, jakoto: rak przewodów żółciowych, dwunastnicy, żołądka, *portae hepatis*, trzustki, przyczem łączą się dwa charactwa: cholemiczne i rakowe. Operacji w takim razie robić nie należy. Dalej należy się wstrzymać od operacji u chorych dotkniętych uwiązaniem starczym, alkoholizmem, zwyrodnieniami serca i naczyń.

Na zakończenie M. przytacza krótkie opisy przypadków przezeń operowanych. Z nich były 4 zejścia śmiertelne. W tych przypadkach istniała przewlekła niedrożność przewodu wspólnego, połączona z silną żółtaczką. Przyczyną niedrożności w jednym przypadku był kamień, w jednym rak żołądka, w dwóch rak przewodu wspólnego. 13 chorych wyzdrowiało. Z nich tylko jeden cierpiał na silną, przez czas dłuższy trwającą żółtaczkę.

(Časopis lékařů českých № 1, 2, 3 i 4 r. 96).

S. Kossobudzki.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

== OTT gorąco zaleca wypróbowany przez siebie w przeciągu dwóch lat sposób badania kobiet dwuręczny, polegający na wprowadzeniu jednocześnie wskaziciela do pochwy, zaś trzeciego palca do odbytnicy. Druga ręka uciska przez powłoki brzuszne. Badanie jest niebolesne i łatwiej pozwala oryentować się w zachodzących zmianach, aniżeli badanie wyłącznie przez pochwę lub odbytnicę. Palce stroną dłoniową winny być zwrócone do obmacywanych narządów. (Sposób dawno używany w Anglii przez GREIG-SMITH — *Abdominal Surgery*. Przyp. Red.). (Żurnał. akusz. i żeń. bol. Luty. 1896 r.). S. Kos.

== E. FRAENKEL na podstawie 22 - letniego doświadczenia zaleca stosowanie skombinowanej narkozy. Na kwa-

drans przed podaniem chloroformu lub eteru FRAENKEL zastrzykuje pod skórę jedną szprykę PRAVAZ'a następującej mieszaniny: *Morphii mur.* 0,15, *atropini sulf.* 0,015, *chloralhydr.* 0,25, *aq. dest.* 15,0. Dodatnie strony tego sposobu są te, że zużywa się o wiele mniej chloroformu, chory prędzej zasypia, wymioty podczas lub po narkozie zdarzają się wyjątkowo. (Zeitschr. f. prakt. Aerzte. N. 6. 1896).

== MERING przekłada trional nad wszelkie obecnie używane środki nasenne. Działa on szybko i pewnie przy bezsenności zarówno zwykłej, jak i spowodowanej przez neurastenię, rozstrój umysłowy lub ból fizyczny. Żadnego szkodliwego działania na serce, nerki, przewód pokarmowy nie wywiera, wo-

bec czego nawet przy chorobach tych narządów stosowany być może. Żadnego działania ubocznego trional nie wywiera, należy jednak przerywać co pewien czas zażywanie tego środka i zastępować go innym środkiem nasennym. Dawka zwykła wynosi 1,0, rzadko stosuje autor 1,25, czasem nawet 2,0. Im dawka jest większą, tem w mniejszych odstępach czasu należy zażywanie przerywać. (Therap. Monatsschr. H. 8. 95).

M. B.

== SOLAVO uodpornił barana przeciw węglikowi stopniowo wzrastającymi dawkami najprzód szczepionek PASTEUR'a, później hodowli bardzo jadowitych. Surowica krwi tego barana wykazała swoisty wpływ zabezpieczający i leczniczy u królików. 2 ctm. sz. surowicy zabezpieczyły królika od zakażenia po 12—24 godz. 1 ctm. sz. hodowli węglika, zawierającej dużo zarodników (!); 5 ctm. sz. surowicy chroniły królika od śmierci przy zastrzyknięciu jednoczesnym z zarażeniem, a także po zarażeniu w 6 i w 12 godzin; później nie udawało się uratować królika od śmierci, ale zwierzę padało, zamiast po 2—3, dopiero po 8—9 dniach. Można więc mieć nadzieję, że nareszcie i groźne to zakażenie, przeciw któremu bakterjologowie nic dotąd uczynić nie zdołali, będzie można w porę opanować. (Centr. f. Bakt. XVIII. N. 24).

Ż.

== HERFF spostrzegł na 13,283 w poliklinice badanych kobiet, u 24 *colpitis mycotica*, którą można było rozpoznać okiem nieuzbrojonym. Cierpienie zdarza się częściej latem, niż zimą, częściej u kobiet ciężarnych, niż nie będących w ciąży, częściej w późniejszych, niż we wcześniejszych okresach ciąży, częściej u kobiet starszych, niż młodych. Momentem uspasabiającym są niezłyty dróg płciowych. W 16 przypadkach przyczyną cierpienia był *soor*, w 4-ch — *monilia candida*, raz — *leptothrix vaginalis*, raz — grzyb podobny do drożdży (w innych przypadkach, do których H. dolicza jeszcze dwa z prywatnej praktyki, dokładniejsze badanie wykonane nie zostało). Grzyby zajmują pospolicie dolną trzecią część pochwy i wywołują niezyt: na mocno czerwonym tle sterczą białe masy grzybni niekiedy w ogromnej ilości. (Centr. f. Bakt. XVIII. N. 24).

Ż.

== RYENOLDS w celu ułatwienia różniczkowania zmian stawów, wynikających z przewlekłego gościca stawowego lub też dny, radzi zwracać uwagę na następujące dane: przy gościcu zmiany stawów ręki i palców są zazwyczaj symetryczne oraz w równym stopniu, przy dnie zaś w razie porażenia oddzielnych stawów znajdujemy różne zniekształcenia w niejednakim stopniu, przy porażeniu zaś wszystkich stawów u obu rąk widzimy zupełnie różne i nie podobne zmiany. Dane te podług autora rozstrzygają różniczkowanie. (Brit. med. Journ. 15. II. 96).

== CHAZAN nie zgadza się z mniemaniem KEHRER'a, jakoby przyczyną wymiotów w czasie ciąży były zmiany narządów płciowych, o ile wyłączona jest choroba przewodu pokarmowego. W olbrzymiej większości wymioty są pochodzenia nerwowego, a właściwie psychicznego. Potwierdza to CH. świeżo spostrzeganym przypadkiem, w którym nieustające i niczem nie dające się powstrzymać wymioty były wskazaniami do przedwczesnego porodu; autor jednak przedstawił chorej niebezpieczeństwo operacji oraz wmówił, że wysiłkiem woli zdoła powstrzymać wymioty, dzięki czemu też chora rzeczywiście wymiotować zaprzestała i po 8-iu dniach zupełnie do zdrowia powróciła. (Ctbl. f. Gynäkol. N. 33. 96).

== GARNIER opisuje przypadek, w którym chory na skazę moczanową z obfitą ilością kwasu moczowego w moczu, po długim i obfitem zażywaniu Vichy wydalil przy objawach kolki nerkowej duży kamień fosforanowy. Autor mniema, że utworzenie się złogu fosforanowego nastąpiło wskutek spożywania wody alkalicznej w nader wielkiej ilości. (Dtsch. Med. Ztg. N. 58. 95).

== HEINRICIUS przedstawił w Tow. lek. finlandzkim dane statystyczne, dotyczące się śmiertelności wskutek gorączki połogowej w szpitalu w Helsingforsie za czas od r. 1834 — 1895. Śmiertelność wynosiła od 1834 — 1850 39%, od 1861 — 1869 7,15%, w 1871 — 3%, od 1872 — 1878 1,14%, od 1879 — 1887 0,52%, od 1890 — 1895, przez który to czas autor prowadzi oddział, 0,16%. (Lyon médic. N. 34. 96).

M. B.

Wiadomości bieżące.

— W ubiegłą sobotę odprowadziliśmy na miejsce wiecznego spoczynku zwłoki ś. p. D-ra Jakóba Rogowicza. W imieniu Warszawskiego Tow. Lek. przemawiał prof. Ignacy BARANOWSKI, prezes tegoż Towarzystwa, podnosząc liczne zasługi zmarłego, położone zarówno na polu społeczno-lekarskiem, jak i piśmienniczym. Kolega THIEME przemawiał w gorących słowach od kolegów i towarzyszy wspólnej pracy w Warszawskim Zakładzie Ginekologicznym. Oprócz przedstawicielei świata lekarskiego, mnóstwo osób z różnych sfer naszego społeczeństwa brało udział w tym smutnym obrzędzie.

— Od dnia 1-go stycznia przyszłego roku zacznie wychodzić w Warszawie pod redakcją kol. Zygmunta KRAMSZTYKA, miesięcznik p. t. „Krytyka lekarska“, który obejmować będzie następujące działy: 1) Rozbiór pojęć zasadniczych z zakresu medycyny i nauk przyrodniczych. 2) Krytyka nowych teorii naukowych i metod leczniczych. 3) Krytyka dzieł i artykułów z zakresu nauk lekarskich i przyrodniczych. 4) Rozprawy historyczne z dziedziny medycyny i nauk przyrodniczych. 5) Życiorysy znakomitych lekarzy i przyrodników z przeszłości i z chwili obecnej. 6) Sprawy zawodu, bytu i etyki lekarskiej. 7) Ogłoszenia. W miarę potrzeby dodawane będą ryciny i portrety. Cena rocznie rs. 4, na pół roku rs. 2.

— W dniu 28 z. m., w obec przedstawicielei prasy i wielu lekarzy, został otwarty w mieście naszym nowy Zakład położniczy przez kolegów: J. GUIARDA i A. FRUCHTMANA, przy ulicy Polnej № 42. Zakład znajduje się w dobrej miejscowości, wśród dostępu świeżego powietrza, naprzeciw placu b. wystawy higienicznej i mieści się na 2-em piętrze, w domu dogodnie zbudowanym. Oprócz sali operacyjnej i sali porodowej, posiada Zakład na użytek rodzących sześć obszernych pokoi, z których każdy przeznaczony jest tylko dla jednej położnicy, lecz może w warunkach hi-

gienicznych pomieścić co najmniej dwie osoby. Oprócz tego, Zakład posiada ściśle izolowaną i oddzielne wejście mającą salę dla gorączkujących. Kuchnia oraz mieszkanie dla służby i starszej akuszerki, a nadto gabinet lekarski, w którym widzieliśmy model wzorowej sali porodowej, uzupełniają pomieszczenie, liczące ogółem dwanaście pokoi. Wobec dostępności cen i zwiększającego się ciągle zaludnienia, w naszym mieście, sądzimy, iż Zakład podobny może liczyć na powodzenie.

— W dniu 24 z. m. Tomaszów Rawski wraz z okolicą, nader uroczyste obchodził dwudziestopięciolecie pracy lekarskiej Doktora Jana RODEGO. Wszystkie stany i wyznania starały się w sposób najokazalszy wyrazić Sz. Jubilatowi swą wdzięczność za światłe i pełne serca zajmowanie się oddawanymi Jego pieczy chorymi oraz za gorliwe interesowanie się sprawami dotyczącymi rozwoju miasta. Wykształcenie lekarskie otrzymał Jubilat w b. Szkole Głównej, gdzie pracą i zdolnościami się odznaczając, został w roku 1869 nagrodzony złotym medalem za rozprawę konkursową: „O powstawaniu ciałek ropnych“. Przyjmował udział w wydawnictwach tłumaczeń dzieł lekarskich. Dalsze wychoowanie lekarskie otrzymał jako chirurg pod kierunkiem HÜTER'a podczas wojny francusko-pruskiej, poczem zamieszkał w Tomaszowie, gdzie z natury rzeczy nie mógł się oddawać litylko chirurgii, pozostał jednak wierny pierwszemu swym mistrzom. Zdobyte doświadczenie pozwoliło kol. RODEMU w sposób wzorowy prowadzić szpital, do założenia którego w r. 1891 najrzetelniej i najskuteczniej się przyczynił. Przy szpitalu własną energią i ofiarnością stworzył w roku zeszłym pracownię do celów rozpoznawczych i bakteriologicznych. Wielostronnie wykształcony, doświadczony i rozmiłowany w swoim zawodzie, przedstawia kol. RODE idealny typ dzielnego lekarza na prowincyi.

Od Administracji.

Uprasza się Sz. abonentów o wczesne nadsyłanie prenumeraty na rok 1897 i o wniesienie zaległej.