

GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH,
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 1874 do 1 stycznia 1875) rsr. 10; od początku wydawnictwa do 1 stycznia 1875 r. rsr. 148 (z przesyłką).

Cena Przeglądu Postępów Nauk Lekarskich. Rocznie rsr. 8; dla prenumeratorów Gaz. Lek. rsr. 6; dla prenumeratorów Gaz. Lek. i Bibl. Um. Lek. rsr. 4

TREŚĆ: Postrzeżenia z praktyki lekarskiej. O leczeniu niektórych tętniaków za pomocą niecałkowitej ligatury à fil perdu. Przez Dra Jana Mińkiewicza (z Tyflisu). (Dalszy ciąg). Kronika zagraniczna. O wycięciu części międzykrocza jako środka leczenia przetok cewko-kroczych przez Dra Voillemier, członka akad. lek. w Paryżu. (Dalszy ciąg). — Statystyka lekarska powiatu Grójeckiego za rok 1873 zebrał Władysław Lipiński, lekarz tegoż powiatu. (Dalszy ciąg). — Wiadomości bieżące. O wpływie chloroformowania rodzących na płód, przez Dra Zweifla w Strasburgu. Wino jako nadzwyczaj skuteczny środek, aby pijawki ssaly chętniej.—Dodatek. Choroby zaraźliwe ostre T. I, arkusz 3. Akuszeryi T. III, arkusz 6.

O leczeniu niektórych tętniaków za pomocą niecałkowitej ligatury à fil perdu.

Przez Dra Jana Mińkiewicza (z Tyflisu).

(Dalszy ciąg).

Wypowiedzieliśmy ogólne wyniki fizyologiczne co do obiegu krwi w niecałkowicie podwiązanem naczyniu — teraz postaramy się wykazać też same dane w zastosowaniu, w szczególności przy leczeniu tętniaków. Niecałkowita ligatura jak i całkowita mogą być zakładane między sercem a tętniakiem i między tym ostatnim a obwodem. Należy wykazać co się stanie w samym tętniaku t. j. w jaki sposób on się wyleczy w obudwóch razach, i jakie będą następstwa w terytoryach, mających krew z tętnicy niecałkowicie podwiązanęj.

Główne zadanie przy leczeniu tętniaka jest takie uformowanie skrzepów krwi w jego worku, aby wszelki ruch krwi w nim zatamować; przy warunkach zaś niepomyślnych przynajmniej na tyle osłabić przebieg krwi, aby tętniak zmniejszywszy się—jak najmniej naciskał na sąsiednie części, organa, często bardzo ważne, i jak najmniej nadwierał fizyologiczną ich czynność, a także dalszych organów, mających krew z cierpiącej tętnicy. Tego wszystkiego dopinamy albo całkowicie przecinając przebieg krwi albo go zwalniając, aby ulżyć powstaniu skrzepów krwi. O ile niecałkowita ligatura mianowicie sprzyja dopięciu tego ostatniego celu? Z początku należy rozpatrzyć się w zmianach zachodzących w samej tętnicy, następnie w zjawiskach rozwijających się w narządziach, otrzymujących krew z niecałkowicie podwiązanego naczynia. W tym rozdziale ograniczymy się rozwiązaniem w ogólnych zarysach pierwszego pytania.

Przy zastosowaniu niecałkowitej ligatury między sercem a tętniakiem, objętość tętnicy wyżej i niżej ligatury musi się zmniejszać, a więc i objętość tętniaka także się zmniejszy wskutek zmniejszonego dopływu krwi. Prędkość ruchu jej w jamie tętniaka również się musi zwolnić. Przy tętniaku daleko więcej istnieje warunków sprzyjających temu zwolnieniu, aniżeli w doświadczeniach przez nas dokonanych. Tak ścianka naczynia na pewnej przestrzeni wyżej i niżej jego może być zmieniona, (czemu wreszcie Broca przeczy, a przynajmniej twierdzi, że to bywa rzadko), zwyczajnie kurczliwy pierwiastek najwięcej cierpi. Oczywiście, że z tego powodu przebieg strumienia krwi tu powinien się odbywać mniej prawidłowo i powolniej. W samym tętniaku również istnieją takie warunki, które zmniejszają prędkość strumienia krwi, a temi właśnie warunkami są chorobowe zmiany ścianki naczynia i rozwinięcie się worka tętniczego. Tu giną na pewnej przestrzeni kurczliwość, sprężystość tętnic i osłabia się wpływ pędzącej siły serca. Do tego jeszcze dołączymy i to, że ścianka tętniczego worka nie posiada gładkości, równości właściwej zdrowym naczyniom. Niegładka, szorstka powierzchnia ze swjej strony zmniejsza prędkość strumienia krwi, zwiększając tarcie obok zmniejszonej siły pędzącej i zmieniając formę prawidłowego kanału, przez który płynie krew w worku aneurysmatycznym. Nienależy nigdy zapominać o tém, że warstwy zewnętrzne krwi w ogóle są w stanie spokoju, przyklepiając się do ścianki naczynia. W worku aneurysmatycznym warunki ku temu są bardziej sprzyjające, t. j. warstwa spokojna powinna być grubsza i dla tego skrzepnięcie włókna łatwiej się dokonywa. Okoliczności powyższe dostateczne są dla zmniejszenia prędkości biegu krwi w worku. Do tego jakśmy wyżej powiedzieli, dodajemy jeszcze nową przeszkodę—stałą—ligaturę. Wszystko to przyczynia się do tego, aby, zmniejszywszy prędkość biegu krwi, sprzyjać skrzepnięciu się jej, za pomocą czego, otrzymujemy możliwość wyleczenia tętniaka.

Dla okazania jakie skutki wywiera niecałkowita ligatura na narządzia obwodowe, wybieram mózgowie, ponieważ w niem najoczywiściej dają się wi-

dzieć skutki jak całkowitej tak i niecałkowitej ligatury. W pierwszym przypadku okres pierwszy odznacza się zatamowaniem krwi obiegu w tej części, które się karmi krwią dopływającą z podwiązanej tętnicy szyjowej głównej i przekrwieniem drugiej części mózgu, mającej krew z tętnicy głównej szyjowej niepodwiązanej, a więc będzie chwila, że rozmaite części mózgu, jednocześnie będą w przeciwnych sobie warunkach. Każdy z tych stanów sam przez się sprawia rozmaite niebezpieczne następstwa zjawiska. I tak, silna, cokolwiek za długo trwająca niedokrwistość, może wywołać porażenie nerwów poczynających się w tej okolicy, i przeciwnie mocne przekrwienie drugiej części, może się przyczynić do obrzęku mózgu i do powstania włosowatych wynaczynień, a tem samem do rozwinięcia groźnych niebezpiecznych zjawisk. Ale ponieważ w mózgu w krótkim czasie rozpoczyna się zrównoważenie krwi obiegu, co stanowi drugi okres, to chociaż objawy chorobowe stają się mniej groźnymi, jednakże i tu jeszcze mogą rozwinąć się patologiczne zmiany, wywołujące zjawiska niebezpieczne. Od tych właśnie warunków w 1 i 2 okresie w ogóle zależy niebezpieczeństwo ligatury tętn. szyjowej głównej. Objawy chorobowe o których tylkośmy co mówili będą silniej rozwinięte wskutek jednoczesnego podwiązania obu tętnic głównych szyjowych, jak to widzimy w historych tych chorych, co się poddali tej operacji. Zwolniony ruch krwi w naczyniach włosowatych mózgu głównie się opiera powstaniu niebezpiecznych następstw.

Po podwiązaniu głównej tętn. szyjowej nie tylko w mózgu dają się widzieć pewne następstwa, ale i w innych bliższych narządach jako to: w płucach i sercu. Zmiany te mogą być wywołane skutkiem *a)* przekrwienia tych narządów, ku którym krew napotkawszy mechaniczną przeszkodę w tętn. szyjowych kieruje się, *b)* nie normalnego stanu mózgu, i nareszcie, *c)* podrażnienia n. błędnego w ranie podczas operacji (obszerniej o tem w IV oddziale).

Przy niecałkowitem podwiązaniu jednej tętnicy szyjowej jak zjawiska niedokrewności mózgu w okolicach jej rozgałęzienia, tak i objawy przekrwienia w drugiej połowie będą mniej rozwinięte, słabsze, ponieważ krwi obieg, że tak powiem, ustaje tylko w chwili podwiązania tętn., poczem zaraz znowu wraca. Tym sposobem zapobiegamy gwałtownemu niejednostajnemu rozmieszczeniu krwi w mózgu i rozwinięciu się wszystkich następstw podobnego stanu. Zrównoważenie tu będzie lżejsze, prawidłowsze, ponieważ z jednej strony nie ma mniej lub więcej zupełnej niedokrewności, a z drugiej silnego przekrwienia. Z tych to właśnie powodów zrównoważenie krwi w mózgu odbędzie się bez szczególniejszych złych skutków. Tym właśnie okolicznościom zawdzięczamy to, żeśmy w naszych doświadczeniach nie tylko po podwiązaniu jednej ale i dwóch szyjowych tętnic głównych jednocześnie—nie spostrzegaliśmy prawie żadnych objawów mózgowych chorobowych i nie straciliśmy ani jednego zwierzęcia.

Otóż właśnie ta łatwość zregulowania krwi obiegu w mózgu przy niecałkowitej ligaturze stanowi główną zaletę tej metody podwiązania.

Zastosowując ligaturę wyżej tętniaka (górną połowę ciała) znajdujemy więcej warunków sprzyjających skrzepieniu krwi w worku tętniaka. Ruch krwi w nim się utrudnia, gdyż nie gładka, nie równa szorstkawa powierzchnia worka zmniejsza prędkość strumienia krwi. Forma jamy worka, szerokość wejścia i wyjścia jego, stosunek ich do jamy worka wpływają na stopień zwolnienia ruchu krwi. Potem ona powtórnie napotyka nową przeszkodę—węzeł ligatury, a więc prędkość jej ruchu musi znowu znacznie zwolnić, gdyż tu łatwiej może powstać ruch wirowy. Stopień odległości ligatury od worka tętniaka i stan ścianki w nim wpływają na zwolnienie ruchu krwi i jej skrzepienie w worku tętniaka. Przy tem wiele na tem zależy czy tętnica w tem miejscu ulega kaszowatemu zwyrodnieniu i na ile w niej między tętnikiem, ligaturą i wyżej zginęła sprężystość, kurczliwość. Okoliczności te są ważne również przy zastosowaniu ligatury i poniżej tętniaka.

III.

W poprzedzającym rozdziale wyłożyliśmy o ile fizyologiczne prawidłowe warunki tętnic sprzyjają możebności zastosowania niecałkowitej ligatury. Teraz rozpatrzemy 1° anatomiczno-patologiczne zmiany, któreśmy znaleźli po zastosowaniu niecałkowitej ligatury. Przy tem przytoczymy spostrzeżenia innych uczonych. Po 2° w tym że rozdziale wyłożymy anatomiczno-patologiczne dane dotyczące się samego tętniaka i bliższych części cierpiącej tętnicy. Również zwrócimy uwagę na okoliczność o ile te stany ze swojej strony umożliwiają zastosowanie niecałkowitej ligatury przy leczeniu niektórych tętniaków.

Po rozbiorze zwłok zwierząt u których zastosowaliśmy niecałkowitą ligaturę znaleźliśmy, że niecałkowicie podwiązana tętnica staje się mniejszą, jak w miejscu ligatury tak też wyżej i niżej jej na znacznej przestrzeni. Do tego się przyczyniały stała obecność metalicznego węzła na tętnicy i zapalenie ścianek ostatniej, które sprawiło zgrubienie ich, niekiedy 3, 4 razy większe niż w stanie prawidłowym, stwardnienie. Skutkiem tego wszystkiego światło tętnicy się zwięzło i krew przez tętnicę niecałkowicie podwiązaną musiała obiegać w mniejszej ilości i skierować się w inne naczynia nie zmienione. Inni obserwatorowie przy podobnych warunkach, przy zmniejszonej czynności organu również spostrzegali podobne zwięzienie naczyń. Tak przy zaniku organu tętnica odpowiednia w nim się zwięza nawet zupełnie może zaniknąć. Po amputacji członka tętnica główna jego z powodu zmniejszonego dopływu krwi zmniejsza się, cienieje, spada i staje się podobną do żyły. Przy całkowitej ligaturze tętn. udowej głębokiej (*art. femoralis profunda*) tętn. piszczelowa (*art. tibialis*) cokolwiek się zwięza (D o n d e r s - H o y e r p. 112). Przy *varix aneurysmaticus*, *aneurysma varicosum* zwykle tętnica wyżej tętniaka t. j. między nim a sercem szerszą bywa, niżej zaś *varix aneurysmaticus* tętnica węższą mniejszą, ścianki jej wiotsze, cieńsze i w pewnym stopniu żyłakowato rozszerzona (B r e c h e t); to właśnie skutkiem tego, że krew w mniejszej ilości płynie do żyły. Zmniejszenie te jest także jakie się daje widzieć po każdym odejściu gałęzi od głównej tętnicy (B o k i t a n s k y, F ö r s t e r, H u n t e r

B e c l a r d). Oto co znajdujemy w dziele O W e b e r a (T. II. 2 oddział, 1 zeszyt, str. 151, 152) względem tego przedmiotu. „Przy rozmaitych gatunkach tętniczo-żylnych tętniaków, tętnica po większej części niżej, a niekiedy i wyżej miejsca połączenia bywa szerszą, cokolwiek zygzatowata, a niekiedy ścianki tętnicy do tego stopnia cienieją, że stają się podobnymi do żył.” Ja osobiście tej choroby nieobserwowałem lecz sądzę, że H u n t e r, F ö r s t e r, B r o c a, B e c l a r d więcej mają słuszności. Krew przechodząc z tętnicy do żyły, za pośrednictwem ich połączenia, stały napotyka opór w strumieniu żyłnej krwi płynącej na spotkanie krwi tętniczej; a więc ta ostatnia massa musi w tył się cofać i wskutek tego rozciągać, rozszerzać tętnicę wyżej rozszerzenia być może i bliższą część tętnicy, tuż niepośrednio pod miejscem połączenia się z żyłą znajdującą. Oprócz tej przyczyny mechanicznej należy zważać i na to, że tętnica wyżej połączenia jej z żyłą znajdującą się powinna silniej, mocniej się kurczyć, aby krew przepędzić, a więc musi się więcej rozwijać i karmić,—skutkiem czego staje się większą, szerszą. Im dalej (niżej) od *varix aneurismaticus*, tem dolna, obwodowa część tętnicy, przepuszczając mniej krwi, stanie się węższą, cieńszą, światło jej zwezi się, ponieważ boczne ciśnienie się zmniejszy. Dla udowodnienia tego cośmy tylko co powiedzieli przytoczymy zdanie O. W e b e r a. „Jeżeli tętnica będzie podlegała mniejszemu ciśnieniu bocznemu, to światło jej zwezi się i ścianki stopniowo cieńszeją (§ 172).” Właśnie wszystkie te warunki znajdujemy w tętnicach poniżej *varix aneurismaticus*, i dla tego to trudno sobie wytłomaczyć dla czego O. W e b e r mówi, że tętnica po większej części niżej *varix aneurismaticus* bywa szerszą? Wreszcie samo użycie wyrażenia „po większej części“ świadczy o niestałości, o wyłączości tego zjawiska. Dalej mówi, że pulsacya tętnicy przy tętniaku żylnotętnicznym poniżej jego bywa słabsza, niż by należało być (§ 174—152), czyto nie przeczy temu, co on sam mówił o rozszerzeniu się tętnicy po niżej *varix aneurismaticus* (§ 172)? Słabe tętno zależy od zmniejszonego dopływu krwi, i dla tego naczynie musi się zwezić. Dla czego niekiedy, podług słów O. W e b e r a, tętnica poniżej *varix aneurismaticus* bywa szerszą? Mogło to być skutkiem szczególnych warunków sprzyjających temu, albo rozszerzenie się powstało w pobliżu, w sąsiedztwie miejsca połączenia ¹⁾. N e l a t o n przytacza, że H u n t e r zalicza do objawów właściwych tętniakom żylnotętni-

¹⁾ B r e s c h e t twierdzi że przy operacji *an. caricosum* widział przejście krwi żyłnej przez worek aneurysmatyczny do tętnicy podczas jej diastole. On objaśnia tę okoliczność, oprócz ścięnięcia ścianek tętniczych zetknięciem się ich z krwią żyłą i rozszerzeniem tętnicy niżej tętniaka, fakt dotąd przez nikogo nie objaśniony (R o k i t a Ń s k i 1-e wydanie, rosyjskie tłumaczenie p. 822). W trzecim wydaniu niemieckim cały ten ustęp opuszczony. B e r a r d tem zbija zdanie B r e s c h e t, że tętnica podczas diastole zostaje w biernym stanie; krew przez serce pędzona rozszerza tętnicę i wtedy krew przechodzi do żyły, a więc nie podobna, aby w miejscu połączenia tętnicy z żyłą istniały jednocześnie dwa przeciwne prądy. Te dowody B e r a r d a podziela i V i d a l d e C a s s i s, on sądzi, że B r e s c h e t fałszywie objaśnił to zjawisko, gdyż V i d a l d e C a s s i s był obecnym przy tej operacji *varix aneurismaticus*, gdzie B r e s c h e t niby widział to zjawisko (V i d a l d e C a s s i s T. I. p. 623—624).

czym, szczególnież zastarzałym, rozszerzenie górnej części tętnicy, jej zygzakowatość, zwężenie przytęm dolnej części i osłabienie jej tętnienia. Zdaniem N é l a t o n a słabe tętno zależy od miękkości, wiotkości ścianek tętnicy, a nie od zmniejszenia jej kalibru, który przeciwnie staje się szerszym, większym (l. c. p. 471). Jestem tego zdania, że R o k i t a ń s k i, H u n t e r i B r o c e a więcej mają słuszności od N é l a t o n a co do rozszerzenia tętnicy niżej tętniaka. B r o c e a bardzo oględnie wypowiada swoje zdanie co do stanu tętnicy poniżej guza. „Ponieważ tętnica poniżej miejsca połączenia jej z żyłą dostaje mniej krwi, to zwężenie tętnicy powinno być zjawiskiem stałym, chociaż ono może i nie być. Zdaje się nawet, że niby przeciwne dane były niekiedy obserwowane. Prawdopodobnie, w tych przypadkach, poraniona tętnica była w takich warunkach, że krwi do niej dopływało więcej, niż się wylewało do żył” (l. c. p. 77, 78). Na pierwsze tylko spojrzenie zdaje się, że przypadek opisany przez S c h l e s i n g e r'a stwierdza zdanie O. W e b e r a. S c h l e s i n g e r widział przypadek wrodzonego zwężenia aorty na 3 palce poniżej *arcus aortae* tak znacznego, że na przestrzeni 2" zaledwie mogła przejść zonda. Przed zwężeniem aorta była mocno rozszerzoną; za zwężeniem zaś, bliżej ku obwodowi była prawidłowej objętości. Krwi obieg się odbywał za pośrednictwem tt. między żebrowych i ich gałęzi. (F ö r s t e r l. c. p. 729). I tak w tym przypadku aorta za zwężeniem będąca normalną, była węższą od części jej znajdującej się przed zwężeniem. Tu w żaden sposób inaczej stać się niemogło, i ten przypadek nie obala naszego twierdzenia, ponieważ aorta od swojego początku aż do zwężenia była pod wpływem ciśnienia całej masy krwi wypływającej z lewej komórki. W naszych zaś przypadkach, wskutek oddalenia miejsca zastosowania ligatury od serca—siła jego uderzenia osłabiała i ilość obiegającej krwi zmniejszała się z powodu licznych pobocznych gałęzi. Z tego cośmy tylko co powiedzieli wnioskujemy, że za całkowitą i niecałkowitą ligaturą za przeszkodą do krwiobiegu t. j. między ligaturą i tętnicą bywa węższą, szczególnież przybliżając się do miejsca ligatury. Jestto warunek, moment bardzo ważny, sprzyjający rozwinięciu się pomyślnych skutków niecałkowitej ligatury przy tętniakach. Co się tyczy tego, co się dzieje z tętnicą przed ligaturą, to przy rozbiorze zwłok znajdujących ją to węższą, to szerszą od prawidłowej. Obadwa te stany są skutkiem zapalenia i zależą: od jego stopnia, od wyłącznego zapalenia tej lub innej tkanki tętnicy, czasu obserwacji i odległości zapalnego miejsca od serca. Bezpośrednim skutkiem zapalenia ścianek naczynia (*periarteritis*) jest zwężenie światła naczynia, zależące od zgrubienia, stwardnienia ścianek naczyń, skurczenia się tk. mięśniowej, pomarszczenia tk. wewnętrznej, która przy tem traci swój połysk, gładkość. Za tem rozwijają się bladość, pulchność wszystkich tkanek naczynia i stopniowe osłabienie i rozszerzenie ich. Dalsze następstwa bywają rozmaite (F o e r s t e r l. c. p. 744, 721). R o k i t a ń s k i twierdzi, że przy zapaleniu tętnicy wypociny przenikają istotę tk. mięśniowej, wskutek czego nadweręza się ich odżywienie, a dla tego czynność jej się

ogranicza, paraliżuje. Skutkiem tego wszystkiego naczynie musi się rozszerzyć co się i dzieje. Z drugiej zaś strony wskutek obrzmienia wszystkich tkanek naczynia, szczególnie przy mocnym zapaleniu tętnicy, kiedy zewnętrzna tkanka twardnieje, to tętnica się zmniejsza, światło naczynia się zwęża, co szczególnie daje się widzieć w naczyniach mniejszych rozmiarów, jak to właśnie było w naszych doświadczeniach, co może się zdarzyć i u człowieka. (F o e r s t e r l. c. p. 750, 751). Tu stopień zgrubienia tk. mięśniowej przewyższa stopień jej osłabienia. W naczyniach większych częściej powstaje rozszerzenie, ponieważ takie naczynia zawsze są bliższe od serca, i dla tego większemu podlegają bocznemu ciśnieniu, które nie tylko, że opiera się zwężeniu, ale rozszerza naczynie. Naturalnie, że w każdym danym przypadku istnieją szczególne przyczyny sprzyjające rozwinięciu się tego lub owego stanu. W naszych wypadkach istnieje jeszcze jeden warunek, o którym wyżej mówiliśmy, sprzyjający zwężeniu podwiązanego naczynia w ogóle i w szczególności między ligaturą a sercem. Jest to właśnie s t a ł a o b e c n o ś ć m e t a l i c z n e g o w ę z ł a, działającego tu w dwojaki sposób: formuje stałą mechaniczną przeszkodę, stałe kółko ścieśniające światło tętnicy i stanowiące punkt do którego się przyciąga stwardniała zapalna ścianka naczynia. To zjawisko musi być i u człowieka po zastosowaniu niecałkowitej ligatury. Niepośrednio wskutek zwężenia tętnicy za pomocą metalicznego węzła stałego i następnego zapalenia tętnicy, krew napotkawszy w ruchu swoim nieprzewycięzalną dla niej przeszkodę (stały węzeł metaliczny) — będzie zmuszona skierować się do innych naczyń, znajdujących się między sercem a ligaturą, tam gdzie nie ma przeszkody dla jej ruchu. Skoro krew raz się skierowała w dogodniejszą dla siebie drogę, to musi mniej rozszerzać niecałkowicie podwiązaną tętnicę, czem właśnie znowu będzie pomagać zwężeniu naczynia przed i za ligaturą.

Na zasadzie danych tych oczywista, że stopień zwężenia tętnicy między sercem a ligaturą, w obec stałego węzła, będzie zależęć od stopnia odległości miejsca podwiązania od serca; im odległość mniejsza, tem mniej pozostaje pobocznych naczyń, i tem zwężenie będzie mniejsze. Z drugiej strony ponieważ krew w pewnym stopniu przepływa przez niecałkowicie podwiązaną tętnicę — to tem się osłabiają warunki rozszerzające tętnicę przed zwężeniem.

Wykazaliśmy te okoliczności, które sprzyjają zwężeniu i rozszerzeniu tętnicy przy jej zapaleniu i szczególnie przy zastosowaniu niecałkowitej ligatury, teraz wskażemy jeszcze na niektóre okoliczności, przy których częściej można napotykać rozszerzoną tętnicę między przeszkodą i sercem. Tak tętnica rozszerza się w pobliżu utrudnionego krwi obiegu w naczyniach włosowatych z odpowiednim zgrubieniem ścianek (F o e r s t e r l. c. p. 714). Tętnica bywa szerszą po za jej zwężeniem wskutek naciśnięcia guzem (tamże p. 730). Tu powinniśmy wskazać na to, że narośl zwykle nieogranicza się naciśnięciem na jedną tylko gałąź, ale na kilka innych bliższych w większym lub mniejszym stopniu. Od tego tu trudniej daje się uregulować oboczny krwi obieg, ponieważ krew napotyka więcej przeszkód i główne naczynia przed przeszkodą będzie szersze. Co do rozszerzenia naczyń rozgałęzionych w wiel-

kich, w naczynia obfitych narostach to tu istnieją odmienne warunki. W nich samych naczynia włosowate rozszerzone, ścianki naczyń zmienione, nie są w stanie prawidłowie się kurczyć, opierać się ciśnieniu krwi dla tego tu tętnica przed narostem rozszerza się. Naczynie staje się szerszem wskutek stłuszczenia jego tk. mięśniowej i zwyrodnienia kaszowatego.

I tak jeśli dodamy do tego cośmy sami widzieli przy zastosowaniu niecałkowitej ligatury, przy wycięciu części żyły, fakta widziane przez innych spostrzegaczy przy całkowitej ligaturze, i na koniec podane przez nas dane anatomiczno-patologiczne, to z całą możemy powiedzieć sprawiedliwością: że anatomiczno-patologiczny stan, wywołany zastosowaniem niecałkowitej ligatury przyczynia się do zwężenia tętnicy nie tylko w miejscu podwiązania, ale wyżej i niżej przez co zmniejsza się przepływ krwi i prędkość ruchu do podwiązanego naczynia, a więc i do organu odżywanego przez podwiązane naczynie.

Teraz zwrócimy uwagę jeszcze na dwa dane któreśmy znaleźli przy rozbiórce zwłok.

Co się tyczy zapalenia wewnętrznej błony naczynia, to w niektórych przypadkach zauważaliśmy w pobliżu węzła zmętnienie, lekką niegładkość, biało-żółtawą barwę bł. wewnętrznej, która cokolwiek była podniesioną w stosunku do bliższych zdrowych części. Podniesienie to, wyniosłość, stopniowie przechodziła w normalny stan. Raz tylko widziałem bardzo wyraźne odgraniczenie tak zmienionej bł. wewnętrznej od zdrowej części. Wskutek rozdrażnionego jej stanu—również raz tylko dało się widzieć powstanie skrzepu i to właśnie w tym przypadku, gdzie węzeł prawie zupełnie przeciął ściankę naczynia; on leżał tuż pod bł. wewnętrzną. Nic więc dziwnego, ścianka wewn. była w stanie rozdrażnienia, sprzyjającego powstaniu skrzepu krwi i przymocowaniu jego po nad węzłem — w miejscu większego rozdrażnienia. Fakt ten ważny jest z tego względu, że świadczy o możebności powstania zakrzepów przy niecałkowitej ligaturze, jak niemniej zatorów. Wyżej powiedziałem, że fakt ten raz tylko widziałem i to przy największym zwężeniu i zmarszczeniu się ścianki, przy głębokiem wciśnięciu się węzła w ściankę naczynia. Nie mamy żadnego prawa przypuszczać, aby w naszych przypadkach nagle powstawały zakrzepy i w ciągu obserwacji zwierzęcia znowu nikły. Dla powstania podobnych zakrzepów w miejscu ligatury istnieją dwa koniecznie potrzebne do tego warunki. Zwolnienie ruchu krwi i obrzmiałość, nierówność wewnętrznej powierzchni naczynia. W naszym właśnie przypadku były te dwa warunki: wystawanie węzła wewnątrz naczynia, o który się tarła krew płynąca, i zmarszczenie nie tylko wewnętrznej ale i innych tkanek naczynia w sąsiedztwie węzła. Tu się formują wiele powtórnych małych i maleńkich fałdek, dołków. Pod wpływem takich warunków krew lekko zatrzymuje i nie porusza się (B r ü c k e). Najprawdopodobniej białe kulki krwi, płynące w ogóle na obwodzie strumienia krwi,—przy samej ściance naczynia, wskutek właściwej im

lepkości— pierwsze się zatrzymują w podobnych niegładkościach, zakłęśnościach z sobą skleją i z rozdrażnioną ścianką naczyń i tym sposobem dają początek powstaniu zakrzepów krwi. Skoro raz się uformował skrzep nie wielki, staje on się ogniskiem dalszego formowania się zakrzepu.

Raz znaleźliemy w sąsiedztwie metalicznego węzła bł. wewnętrzną tętnicy zgrubiałą i przedziurawioną maleńkimi otworami, przewodami, kanalikami, do których krew zaciekała. Stan podobny opisany i nazwany przez Rokitńskiego— *Canalisatio*, raz tylko, i to w słabym stopniu był obserwowany przez Foerstera (l. c. p. 750). Nasz przypadek również należy do lżejszych; gdyż w wyższych stopniach, wprawdzie rzadkich, ścianki naczyń, zamieniają się na tk. gąbczastą, podobną do ciał jamistych (*corpora cavernosa*). Kanaliki te podług Rokitńskiego, jak to było i w naszym przypadku, wcale się nie anastomozują z układem naczyniowym pochwy komórkowatej, ale tylko sięgają do tk. mięśniowej. Jest to bardzo ciekawa rzecz w jaki sposób powstają te kanaliki, otworki w bł. wewnętrznej beznaczyniowej? Ta otrzymuje swój pokarm ze krwi mimo przepływającej. Naczynia naczyń sięgają tylko do bł. mięśniowej (Rindfleisch l. c. p. 170). Niewątpliwie kanaliki te powstają wskutek tejże samej sprawy resorpcyjnej, od której zależą szczeliny w tak zwanej prawidłowej warstwie prażkowanej naczyń (Henle). Z początku powstały dołki, otwory, które połączywszy się z sobą utworzyły kanaliki. W naszym przypadku kanaliki te rozwinęły się w zgrubiałej, zmienionej, pomarszczonej tk. wewnętrznej w około węzła.

B.

Co się tyczy anatomii patologicznej tętniaków, to wskażemy tylko na pewne dane w historyi ich rozwoju, mając na widoku zastosowanie niecałkowitej ligatury. Co do rozwoju tętniaków, istnieje wiele teoryj rozmaitych, niedostatecznie wprawdzie objaśniających ich początek. Niektórzy uczeni widzą przyczynę ich powstania w paraliżu tk. mięśniowej i skutkach tego. Większość zaś sądzi, że główną i najczęstszą przyczynę ich rozwoju szukać należy w zapaleniu chronicznem błony wewnętrznej z następnem przeobrażeniem wstecznem, kaszowatém. Dalej jeszcze do przyczyn powstania tętniaków zaliczają zwyrodnienie tłuszczowe błony wewnętrznej i średniej naczyń i naroszenie zwapnienie tk. mięśniowej czyto jako sprawa pierwotna, czy następcza.

Nie wykładając treści istoty tych spraw, wskażemy tylko głównie na stosunek chronicznego zapalenia bł. wewnętrznej ze sprawą kaszowatą do powstania tętniaków. Dla nas ważną jest ta okoliczność, że we wszystkich wspomnianych sprawach: a) niknie prawidłowa budowa ścianek tętnic i b) kurezliwość tk. mięśniowej. Każdy z tych momentów może być pierwotnym i następczym przy powstaniu tętniaków. Temi dwoma momentami tętniaki się różnią od *arteriaetasis*.

Wskutek *endoarteriitis* i sprawy kaszowatej bł. wewnętrzna staje się szorstką, nie gładką, w niej powstają dołki rozmaitej formy i wielkości. Włókna tkanki mięśniowej pod wpływem ciśnienia bocznego krwi rozstępują

się, i tym sposobem między niemi powstają mniejsze lub większe przestrzenie. Przy tém włókna mięśniowe podlegają tłuszczowemu zwyrodnieniu, stają się bezbarwnymi, wiotkimi, łatwo się rozrywają, nawet zupełnie giną. Jeśli tętniak aorty dosięga objętości pięści, to w nim z wielką trudnością zaledwie ślady tk. mięśniowej w ściance jego worka można odszukać (R i n d f l e i s c h p. 172). Błona zewnętrzna z początku się nie zmienia, później zaś staje się włóknistą, grubieje. W tętniakach największych pozostaje li tylko ta jedna tkanka, która zrosnięta z otaczającymi częściami główną stanowi podstawę. Naturalnie, że przy podobnych warunkach ciśnienie boczne rozszerzy naczynie, szczególnież w tém miejscu, które najbardziej było zmienione, ponieważ ta ścianka naczynia nie jest w stanie sama przez się kurczyć, opierać się ciśnieniu krwi (R i n d f l e i s c h l. a. p. 169). Od przestrzeni i stopnia rozszerzenia patologicznej sprawy właśnie zależy stopień i forma rozszerzenia naczynia.

Koniecznym, niezbędnym następstwem zmiany fizyologicznych warunków ścianki naczynia będzie z w o l n i e n i e k r w i o b i e g u w zmienionej części tętnicy w tętniaku, — stopień rozwinięcia którego będzie odpowiadał stopniowi zmiany naczynia. Niegładkość w ogóle ścianek tętnicy, w szczególności zaś miejscowe w nich rozszerzenia, przy zwolnieniu ruchu krwi, stanowią początek skrzepów jej (R i n d f l e i s c h l. c. p. 173). Nie wątpliwie, że białe ciała krwi tu głównie wpłyną tak na powstanie skrzepów jak i na dalszy ich rozwój. Z powodu właściwej im lepkości one między sobą się zlepiają i przyklejają się do ścianek, szczególnież w dołkach, zakłęsłościach i formują tam zewnętrzną warstwę. Na nich się uwarstwiają nowe skrzepy krwi. W dalszym ciągu znowu może powstać nowa warstwa białych ciałek, a potem czerwonych. Tym sposobem właśnie formują się warstwowe skrzepy w tętniakach, szczególnież przy powolnym ich powstaniu. Skrzepy te nazywają się c z y n n e m i (B r o c a). Jeśli zaś skrzepy prędko, gwałtownie powstają, to one bywają złożone z jednostajnej masy krwi (s k r z e p y b i e r n e B r o c a). Warstwa zewnętrzna wcześniej powstała bywa prawie bezbarwna, jak każdy skrzep krwi, który podlegał pewnemu ciśnieniu. Tu nigdy nie można znaleźć żadnych śladów organizacyi. Jama tętniaka może być najzupełniej napełniona głównie skrzepami krwi warstwowymi, co właśnie stanowi sprawę d o w o l n e g o w y l e c z e n i a t ę t n i a k ó w. Najczęściej podobne wyleczenie następuje w całkowicie otorbionych tętniakach małych tętnic. Zakrzepy te zmniejszają się przez w e s s a n i e, albo z o s t a j ą n i e z m i e n i o n e m i. Stan ten tak zwany s t a t u s s t a t i o n a r i u s stanowi najpomyślniejsze zejście (F o r g e t l. c. p. 272). Według N é l a t o n a zejście podobne nadzwyczaj rzadko daje się spostrzegać. W tętniakach mających szyjkę znajdują się szczególne warunki sprzyjające temu zejściu, o którym tylko cośmy powiedzieli. Tu może się właśnie zdarzyć, że tętniak naciska na tętnicę wyżej i niżej guza, przez co zmniejsza się przyływ krwi, a niekiedy ona zupełnie nie dochodzi do tętniaka. Tym sposobem dalszy rozwój guza ustaje.

Skrzepy t m większe si  formują im dalej od osiowego prądu krwi znajduje się jama tętniaka, nie zwa ajac przy tém na jego obj to , i im mniej otwór w porównaniu do objętości tętniaka  aczy go z naczyniem. Łatwo zrozumieć dla czego skrzepy krwi w łknikowe bardzo łatwo i obficie formują się w tętniakach mających szyjk , ponieważ forma taka posiada w najwyższym stopniu te dwa warunki; przeciwnie powstanie ich bywa t m trudniejsze im forma tętniaka mniej podobna do pierwszej i staje się podobniejszą do cylindrycznej albo wrzecionowatej (R o k i t a   s k i l. c. p. 759).

(Dalszy ciąg nastąpi).

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

O wycięciu części międzykrocza, jako srodka leczenia przetok cewko-moczowych.

Przez Dra Voillemier, cz lonka akad. lek. w Paryżu.

(Dalszy ciąg).

Pierwszy opatrunek pozostaje bez zmiany przez 5 — 6 dni. Wczesna albowiem zmiana opatrunku przyczyniłaby tylko niepotrzebnych bólów choremu i zak ci a spraw  odnowy. Ale jak skoro ropienie na dobre si  rozpoczęło, skubanka z łatwością daje się oddzielić, i na miejscu tkanek białawych i  ci gni tych, jakeśmy mieli w chwili operacyi, znajdujemy ran  r zow , pokrytą ziarnin  dobrej natury. Miękkie narosła, otaczające otwór cewkowy dają się jeszcze rozpoznać po swém ciemnym zabarwieniu, ale są już bardzo zmienione i wkrótce zlewają się zupełnie z sąsiednimi granulacyami. Po tej pierwszej zmianie opatrunku, odnawiamy go codzień, będą skubanką woskowcowa, będą pokrytą maścią styrakowcowa (*ugt. de styrace*), b d  wreszcie skubanką napojoną winem aromatycznym, — stosownie do stanu rany. Przebieg sprawy gojenia zwykle bywa bardzo prawidlowy, tak iż rana zabliznia się mniej więcej po upływie miesiąca. Wtedy, pomimo utraty substancyi w międzykroczu, na tém ostatnim zaledwie jaki ślad pozostaje po przebytej operacyi.

Na 11 chorych operowanych przezemnie w sposób powyższy, sprawa przebiegała tak, jakem to dopiero opisa , wyjąwszy tylko jednego. Ten ostatni byłto męczyzna temperamentu limfatycznego, wyczerpany pięcioletnimi cierpieniami. Zabliznienie postępowało w tym wypadku z nadzwyczajną powolnością i nie rozszerzało się z częsci g bszych ku powierzchniowym. Każda strona rany zabliznia a się oddzielnie, tak iż po zagojeniu można było spostrzedz na kroczu dwa wałeczki, podobne do warg większych, a pomiędzy niemi cewk  moczową, a raczej częstą dolnej jej ściany, pokrytą warstw  cienkiej tkanki bliznowej. Mała ta niekszta no  z łatwością dała się usun c, przez po czenie wspomnianych wałeczków po ich o wie eniu. Zresztą chory oddawa  mocz dobrze i nie doznawa  żadnych dolegliwości.

S p o s t r z e   e n i e I. Niejaki Bardou (*Denis—Louis*), rzeźbiarz, 52 lat, wst pi  na sa   . Kosmy, w szpitalu H tel-Dieu, 9 Października 1868 r. 28 lat temu, cierpiał na rzerzączkę, na którą się wcale nie leczy  i która trwała przez 3—4 miesięcy. W 1849 r. w następstwie zbyt d giego i forsownego chodzenia cierpiał na zupełne zatrzymanie moczu, które dobrowolnie ustąpiło po 24 godzinach. W 1850 r., spędziwszy noc bezsennie przy chor m dziecku, znów dosta  zatrzymania moczu. Naza jutrz rano udał się do szpitala  . Ludwika, gdzie pozostawa  przez dni sze . M a l - g a i g n e chciał mu wprowadzić zwykły cewnik do cewki, lecz z wielką tylko trudnością doszedł do pe cherza. Od tego czasu, chory zawsze już  le urynował. W 1864 r. nowe zatrzymanie. Wst pi  do H tel-Dieu, gdzie J o b e r t bezskutecznie usi wa  wprowadzić cewnik. W ciągu tego dnia wystąpiło nacieczenie moczowe, które się rozprzestrzeniło na moszn  i krocz. Dnia następnego zrobiono trzy nacięcia w t j oko-

licy, a mocz począł swobodnie ranami wypływać. Przez pewien czas J o b e r t wprowadzał do cewki świeczki pokryte proszkiem alunu w celu rozszerzenia zężenia, potem cewnik stały. Nakoniec, po trzymiesięcznym pobycie w szpitalu, znajdując, że oddaje mocz z łatwością i widząc, że przetoki już się zamknęły, chory opuścił szpital.

Jednakże zauważył, iż grubość promienia oddawanego moczu zmniejszała się z dnia na dzień. W końcu Października 1867 r., pomagając swemu przyjacielowi w przeniesieniu ciężkiego ładunku, uczył nagle trzask w prawej pachwinie, tak iż zmuszony był przystanąć. Jeszcze dnia następnego czuł ból o tyle żywy, że nie mógł się oddawać swemu zatrudnieniu. Zauważył wytwarzanie się guza na międzykroczu, co go skłoniło do szukania porady u lekarza; ten mu zalecił przystawić pijawki w miejscu chorem; lecz mimo to wytworzył się ropień i otworzył w miejscu dawnej blizny. Od tej daty chory urynował coraz gorzej, tracąc większą część moczu przez świeżo powstałą przetokę. Nakoniec zdecydował się wstąpić do Hôtel-Dieu. V o i l l e m i e r stwierdził na części środkowej krocza, nieco na lewo od cewki, obecność otworu przetokowego otoczonego stwardniałymi brzegami, postaci nieregularnej i wielkości dużego orzecha. Jakkolwiek przez otwór ten odpływa większa część moczu, nie można weń wprowadzić zgłębnik więcej jak na 1 ctm. Również nie możebną się okazała kateteryzacja czyto za pomocą małego cewnika srebrnego, czy świeczki. Udało się wreszcie wprowadzić cienką świeczkę fiszbinową aż do miejsca zężonego; nie przekroczyła go jednak ona. Kilka razy czynione były próżne usiłowania aż wreszcie Dr G u i l l o u, znajdujący się podówczas w szpitalu, spróbował wprowadzić fiszbinową świeczkę własnego wynalazku (zagiętą na końcu i ze zgrubieniami) i był tyle szczęśliwy, że mu się udało przedostać do pęcherza. Od tej chwili można już było z łatwością rozszerzać kanał moczowy za pomocą zwyczajnych świeczek, a potem za pomocą cewnika, który pozostawiano na czas dłuższy w pęcherzu. Od czasu do czasu zalecano choremu oddawać mocz bez cewnika, ale jak tylko ten był usunięty, zawsze znaczna ilość moczu przechodziła przetoką. Leczenie trwało aż do początku Kwietnia 1869 r. Wówczas to Dr V o i l l e m i e r, widząc bezskuteczność dotychczasowych usiłowań, postanowił wyciąć część międzykrocza.

Operacji dokonano 12 Kwietnia. Guz został okrażony dwoma cięciami eliptycznymi i usunięty, cewka tym sposobem została odkryta, lecz nienaruszoną. Na lewej jej stronie spostrzedz było można otwór wewnętrzny przetoki, długi na 5 mm., szeroki na 3 i wypełniony wyrostkami barwy fioletowej. Rana została opatrzoną sposobem powyższej skreślonym.

Dnia następnego wystąpiło nieznaczne krwawienie, które łatwo dało się zatamować przez lekki ucisk.

Dnia 15 i 16 nie nowego.

17-go, nowy krwotok wywołany wysileniami, jakie czynił chory, idąc na stolec; lekarz dyżurny stłumił i to krwawienie skręcając drobną tętniczkę.

Aż do 27 zabliznienie rany, przyspieszane lekkimi przyżeganiem, postępowało szybko; rana znacznie się zmniejszyła. Wyjmując cewnik w chwili urynowania można było dostrzedz, że zaledwie parę kropli moczu przechodzi przetoką.

24 Maja 1870 r. rana całkiem zablizniona; chory oddaje mocz strumieniem pełnym i równym. Świeczka metaliczna o średnicy $7\frac{2}{3}$ mm. z łatwością daje się wprowadzić.

Chory jeszcze raz przyszedł na konsultacyą w końcu Lipca. Oddawał mocz dobrze, przetoka wcale się nie odnowiła.

S p o s t r z e ż e n i e II (spisane przez Dra C u r t i s, interna). Mallet, 45 lat, kucharz, wstąpił do oddziału Dra V o i l l e m i e r w szpitalu Hôtel-Dieu 10 Marca 1869 r.

Stan zdrowia pacjenta zawsze był zadawalniający. Co się tyczy chorób wencrycznych, to raz jeden tylko 20 lat temu, cierpiał na rzerzączkę, która będąc leczoną przez pewnego aptekarza, trwała około czterech miesięcy.

Aż do roku 1859 nie dostrzegł żadnego zakłócenia w oddawaniu moczu, wyjąwszy dość znaczne zmniejszenie rzutu strumienia; nigdy jednak nie przyszło do całkowitego zatrzymania. W tym czasie na międzykroczu zaczęły się pojawiać jeden po drugim ropnie, a otwierając się pozostawiały ranki, przez które mocz odpływał. Otwory te stały się zatokowatemi; skóra krocza pozostała w stanie zapalenia, co wszystko jednak nie sprawiało choremu wielkich dolegliwości. Jednakże około 1865 r., za mosz.

nami wytworzył się guz twardy wielkości jaja. Wówczas M. udał się do Dra G a i l - l a r d (w Poitiers), który wyciął wprawdzie ów guz, nie starał się jednak przywrócić naturalne światło cewce, nie wprowadził nawet ani razu cewnika. Tak przynajmniej zapewnia chory, który zresztą w owym czasie oddawał mocz z łatwością. Po odjęciu guza mocz odchodził w części cewką, w części zaś przetokami które jeszcze i dzisiaj istnieją.

Stan obecny. Mallet oddaje mocz z wielką trudnością i bardzo często. Strumień jest mały i nieregularny. Na międzykroczu znajduje się guz twardy, nierówny, wielkości dużego jaja, postaci podłużnej; guz ten rozciąga się od odbytu aż do moszen dotykając prawego jądra, do którego jednak nie jest przyrośnięty. Na prawo przedstawia cztery otwory przetokowe, przez które przechodzi większa część moshu podczas urynowania. V o i l l e m i e r kilkakrotnie usiłował wprowadzić cieką świeczkę aż do pęcherza, lecz mu się to nie powiodło. Niepowodzenie to przypisuje ciasności zwężenia a zwłaszcza zбочeniu kierunku kanału cewki moczowej, zбочeniu, spowodowanemu obecnością guza, o którym była mowa, i który przenikał głęboko w grubości tkanek. W tym stanie rzeczy pomimo że nie podobna było wprowadzić przewodnika do cewki, postanowiono odjąć guz, co też było dokonaniem w sposób następujący:

15 Marca, chory został ułożony poprzecznie na łóżku, kończyny dolne zgięte i podniesione przez pomocników tak jak przy operacyi kamienia na kroczu. V o i l l e m i e r, umieściwszy się naprzeciwko chorego, i ukleknawszy na jedno kolano, poprowadził prostym bisturem dwa cięcia łukowate okrążające guz i rozciągające się od moszen aż do odbytu, z wklęsłościami do siebie zwróconemi. W miarę posuwania się w głąb, cięcia zbliżały się coraz bardziej do cewki tym sposobem, że po odjęciu guza utworzyła się rana o powierzchniach nachylonych, w dniu zaś jej widzieć się dawała cewka obnażona na przestrzeni około 3 cm. W tej przestrzeni łatwo było odnaleźć otwór w cewce, na 5 mm. długi, w części zatkany brunatnemi i miękkimi wyrostkami. Krwawienie było nieznaczne. Ranę opatrzono suchą skubanką podtrzymywaną kompresami i opaską w kształcie litery T.

Opisanie guza. Badany gołem okiem, guz przedstawia się jako złożony z tkanki niepodatnej, miejscami natury włóknistej. Barwę ma białą-żółtawą, nawpół przezroczystą w miejscach gdzie twardość jest mniejsza. Badanie mikroskopowo dokonane zostało w 10 dni po operacyi, na skrawkach stwardnionych w wyskoku. Na cieniutkich skrawkach tkanki, zabarwionych amoniakalnym roztworem karminu, i badanych w wodzie destylowanej z dodaniem odrobiny kwasu octowego lub mrówczanego, — poznać było można, że guz składa się z nowoutworzonej tkanki łącznej, w różnych miejscach przedstawiającej budowę stosownie do wieku czyli stopnia rozwoju. W niektórych miejscach tkanka jest czysto włóknistą; istota zasadnicza przedstawia pęczki tak iż siatka z komórek złożona uwidoczni się tylko po dodaniu kwasu octowego. Siatka ta bardzo jest podobna do siatki jaką znajdujemy w śluzowatej tkance łącznej sznurka pępkowego. Wewnątrz przestrzeni gwiazdowatych daje się spostrzegać jedna lub kilka mass protoplazmatycznych zniepodobnionych. W wielu miejscach przestrzenie komórkowe łączą się za pomocą rozszerzonych wydłużeń z podłużnemi jamkami, mającemi postać rurek, które, jak się zdaje, powstały skutkiem rozszerzenia plazmatycznych przestrzeni. Jamki te zawierają wielką ilość drobnych, okrągłych ciałek (komórki zarodkowe—*cellules embryonnaires*). Nakoniec w ściankach kanałów przetokowych, grubych na 4—6 mill.; znajdujemy tkankę zarodkową (ziarninową) utworzoną z drobnych komórek stykających się ze sobą. Na ścianach przetok nie znajdujemy nic, coby przypominało pokład nabłonkowy. Guz jest mało unaczyniony i naczynia nie przedstawiają nic szczególnego.

W ciągu pierwszych dwóch dni opatrunek nasiąkał moczem, występującym w znacznej ilości z otworu w cewce moczowej. Wówczas udało się D-rowi V o i l l e m i e r wprowadzić aż do pęcherza cieką świeczkę, którą dnia następnego zamienił małym cewnikiem. Ten ostatni pozostawał tam stale i od czasu do czasu zamieniany był innym, grubszym, tak iż wkrótce można już było wprowadzić cewnik, mający 7 mm. średnicy.

Zabliźnienie postępowało regularnie z głębi ku powierzchni i ukończyło się około 13 Kwietnia. W tym czasie pozostała tylko wązka blizna, z lekka wklęsła. Chory oddawał mocz bez cewnika i z wielką łatwością. 28 Kwietnia udał się do Vincennes. 1-go Lipca V o i l l e m i e r widział go znowu; zostawał w tym samym stanie.

Jednakże z listu pisanego do mnie przez p. Curtis, dowiedziałem się, iż chory po 10 miesiącach od czasu uleczenia znów począł się skarżyć na dolegliwości ze strony urynowania i wstąpił do szpitala Pitié, do oddziału Dra Broca celem wyleczenia się z nowój przetoki kroczonej. Nie mogąc wtedy go widzieć, później po wypisaniu się jego ze szpitala jużem go nie mógł znaleźć.

Pomimo licznych poszukiwań, nie udało mi się powiąść dokładnych wiadomości o całej tej sprawie. Pewną jest rzeczą, że chory zaudował całkiem wprowadzanie świeczek do cewki, i tym sposobem nie zapobiegł odnowieniu się zwężenia, co z kolei musiało spowodować powstanie przetoki.

(Dalszy ciąg nastąpi).

Statystyka lekarska powiatu Grójeckiego

za rok 1873

zebrał Władysław Lipiński, lekarz tegoż powiatu.

(Ciąg dalszy).

Według urzędownie zebranych wiadomości, zbiory w powiecie były następujące: pszenicy 24947 korecy, żyta 82002, jęczmienia 8841, owsa 93695, kartofli 192007, buraków cukrowych 51186 korecy.

Z chorób epidemicznych mieliśmy: ospę naturalną (*variola vera*) i cholere azyatycką (*cholera asiatica v. indica*).

Ospa naturalna pojawiła się jeszcze w Listopadzie 1872 r., na rok 1873 pozostało chorych 9; w pierwszych miesiącach tegoż roku ospa rozszerzyła się szybko po całym powiecie, z wyjątkiem miasta Grójea, w którym były wypadki ospy złagodzonej (*variolois*) i wietrznej (*varicella*). W ciągu tegoż roku przybyło chorych 895, zatem wszystkich chorych na ospę było 904 (1,9⁰/₀), z których zmarło 300 (33,2⁰/₀) a wyzdrowiało 604 (66,8⁰/₀). Ostatni chory wyzdrowiał 17 Maja i od tej daty nie było już więcej żadnego wypadku ospy rodnej. Stosunek zmarłych na ospę do ogólnej liczby chorych ma się jak 1:3,01. Największy procent chorych był w gminach: Jasieniec (4,5⁰/₀) i Promna (6,4⁰/₀) a najmniejszy w gminach: Lipie (0,6⁰/₀) i Rykały (0,05⁰/₀). Największy procent śmiertelności, odnośnie do liczby chorych, był w gminach: Komorniki (63,3⁰/₀ t. j. 58 zmarłych na 93 chorych) i Błędów (42,3⁰/₀ t. j. 33 zmarłych na 78 chorych) a najmniejszy w gminach: Konie (12,8⁰/₀ t. j. 9 zmarłych na 70 chorych) i Lipie (4,7⁰/₀ t. j. 1 zmarły na 21 chorych). Znaczny procent śmiertelności w gminach: Komorniki i Błędów, przypisać należy tej mianowicie okoliczności, że właśnie w tych gminach zdarzały się często wypadki ospy krwawej v. czarnej (*variola haemorrhagica*). W ogóle, epidemia ospy była bardzo silną i zabójczą, szczególnie dla ssawców, z których zaledwie 20⁰/₀ przychodziło do zdrowia. Z drugiej strony, epidemia trwała przez całą zimę i wiosnę t. j. w takim czasie, w którym opieka nad chorem i dotkniętymi wszelkimi ostremi zakaźnymi wysypkowymi chorobami, powinna być daleko większą niż podczas lata; szczególnie cierpią na tem dzieci biednych rodzin, u których niedostatek materyalny wyradza obojętność a po większej części niemożność zachowania odpowiednich higienicznych przepisów. Wiele też nie tylko dzieci lecz i starszych osób, już w okresie podsychnania uległo przeziębieniu i umierało wskutek zapalenia płuc lub choroby Brighta. Przebieg choroby był ciężki i długi, u niektórych chorych, już po wyzdrowieniu, rozwijało się charłactwo (*cachexia*), tworzyły się ropnie (*abscessus*) i wrzedzianki (*furunculus*) na rozmaitych okolicach ciała a przeważnie na głowie i grzbiecie i zapalenia gruczołu przyusznego (*parotitis*). Przebieg ospy czarnej był bardzo szybki, od początku zaraz występowała bardzo silna gorączka z charakterem adynamicznym, z zupełnym upadkiem sił (*collapsus*), nieprzytomnością a u mniejszych dzieci z drgawkami, następnie występowały drobne sinawe plamki, jak w durzycy wy-

sypkowej, i tworzyły się guziczki i pęcherzyki napełnione brudno-czerwonym płynem, pojawiało się moczenie krwią (*haematuria*) lub też krwawa biegunka, niekiedy obfite krwotoki płucne lub z nosa i chory ciągle będąc w stanie nieprzytomności, umierał w 5 lub 7 dniu choroby. Podczas szczepienia ospy ochronnej (które z powodu epidemii, wcześniej niż zwykle rozpoczęte zostało) sprawdziłem wielokrotnie fakt, że u osobnika noszącego już w sobie zarazek ospowy, po zaszczepieniu mu ospy ochronnej, zawsze powstawała ospa naturalna, chociaż przy szczepieniu nie było jeszcze żadnych objawów zarażenia, nadto, że na miejscu szczepionem, niezależnie od powstania ospy naturalnej, w wielu wypadkach, tworzyły się piękne krosty ospowe i u takich przebieg choroby był łżejszy, wysypka nie tak gęsta i ogólne natężenie objawów chorobowych mniejsze.

Epidemia cholery azyatyckiej, która pojawiła się w m. Grójcu powtórnie w dniu 8 Grudnia 1872 r. przeciągnęła się na 1873 nie rozszerzając się jednakże za obręb miasta i ustala zupełnie 7 Lutego tegoż roku. W tym przeciągu czasu zachorowało osób 31, z nich umarło 17, a wyzdrowiało 14.

Powtórnie w tymże roku pojawiła się cholera we wsi Kącinie (gm. Kobylin) dnia 21 Czerwca i w krótkim przeciągu czasu, rozprzestrzeniła się po całym powiecie. Ponieważ wieś Kącin należy do parafii grójeckiej, prawdopodobnie więc ludzie towarzyszący zwłokom zmarłych wskutek cholery na cmentarz grójecki, przenieśli tę chorobę do Grójca, w którym pierwszy wypadek cholery zdarzył się 28 Czerwca. W gminie Komorniki rozszerzyła się po części z osady Tarczyn (stanowiącej dla mieszkańców tejże gminy środkowy punkt interesów z powodu znajdującego się tamże urzędu gminnego i tygodniowych targów, jakoteż i kościoła parafialnego), dokąd przyniesioną została z Warszawy, po części zaś, mieszkańcy wsi (którzy są także w ciągłych stosunkach z Warszawą, dokąd wożą deski, pilowaniem których wiele wsi się zajmuje) wprost do siebie przenieśli takową z Warszawy. Za dowód może służyć ta okoliczność, że cholera srożyła się we wszystkich tych wsiach, których mieszkańcy trudnią się tarciami desek i wożeniem tychże do Warszawy. Z Grójca i z gminy Kobylin prawdopodobnie cholera rozszerzyła się na te miejscowości gmin: Belsk, Lipie i Jasieniec, których mieszkańcy mieli stosunki z mieszkańcami tych wsi gminy Kobylin, w których srożyła się cholera, lub też z miastem Grójec, dokąd przyjeżdżali na tygodniowe targi. Z tych rozszerzyła się na inne przyległe. Do gminy Konie została na pewno przywieziona z Warszawy. Do osady Błędów dostała się z gminy Lipie, albowiem zamtąd przywieziono do rodziny chorego na cholere żyda; słomę z woza na którym leżał chory, przywłaszczył sobie pokryjomu jego współwyznawca szklarz i wpakował w swoje łóżko, lecz nie przyniosło mu to korzyści, gdyż on, żona i dwoje dzieci pierwsi w Błędowie padli ofiarą cholery; ztąd przeniesiono ją do folwarku Błędów i do poblizkiej wsi Wilhelmo-wa. Do osady Mogielnica przynieśli ją pielgrzymi idący z Warszawy do Częstochowy; na przystanku zachorowała kobieta, miejscowy wójt ratował ją osobiście i w kilka dni potem, pierwszy w osadzie dostał tak gwałtownego napadu cholery, że w kilka godzin życie zakończył. Miejscowości leżące przy szosie wiodącej z Warszawy do Radomia a szczególnie w gminach: Komorniki, Kobylin i Belsk a także środkowy punkt m. Grójec i gmina Lipie najwięcej ucierpiały od cholery. Miejscowości bardziej odległe od wielkich traktów i dróg bardziej uczęszczanych a także leżące nad rzeką Pilicą, znacznie mniej ucierpiały: chociaż tam śmiertelność pomiędzy choremi była znaczną, lecz cholera ograniczywszy się na dwóch lub trzech wsiach, dalej się nie szerzyła.

Największy procent chorych był w gminie Kobylin (4,9%) a najmniejszy w gm. Borowe (0,4). W całym powiecie cholera grassowała w 57 miejscowościach; największa liczba zajętych miejscowości była w gminie Kobylin (14) a najmniejsza w gminach: Promna i Konie (2). W stosunku do liczby ludności, największy procent zmarłych na cholere był w gminie Kobylin (3,3%) a najmniejszy w gminie Borowe (0,2%), odnośnie zaś do liczby chorych, największy procent śmiertelności był w gminie Rykały (90,9%) a najmniejszy w gminie Jasieniec (37,8%). W całym powiecie, na 47182 dusz ludności, zachorowało na cholere 940, z tych wyzdrowiało 347 a zmarło 593.

Tym sposobem, odnośnie do ogólnej liczby ludności w powiecie, zachorowało 1,9%, z nich zmarło 1,2%; odnośnie zaś do liczby chorych, procent śmiertelności wynosi 63%.
(Dalszy ciąg nastąpi.)

Wiadomości bieżące.

— O wpływie chloroformowania rodzących na płód, przez Dra ZwEIFla w Strasburgu (Berl. Klin. Woch. N. 21. 1874).

W zwyczajnych wypadkach nie wywiera na rodzące żadnego złego wpływu odurzenie chloroformem; wątpliwym jest jednakże czy chloroform nie działa niepomysłnie na płód znajdujący się w macicy. Dubois utrzymuje, że wśród chloroformowania matki przyspiesza się tętno sercowe płodu. Nie widziano nic nieprawidłowego na noworodkach, i tak też przeszło do książek położniczych jako prawidłowe, że chloroform w żaden sposób nie zaburza zdrowia dziecka, jeśli się środka tego nie używało przez kilka godzin i przytęm nie utrzymywało rodzące w jak najgłębszym odurzeniu. W ogóle stwierdziło się także przez doświadczenie to mniemanie.

Autor znalazł w kilku wypadkach, po zastosowaniu chloroformu podczas porodu, żółtaczkową barwę u dzieci, przyczem się nie dało wysledzić żadnej osobnej choroby. Jak wiadomo, dowiódł Leyden i inni, że w moczu chloroformowanych znajduje się barwik żółciowy. Żółtaczka jednakże jest tak częstą chorobą u noworodków i przyczyny jej są często tak ciemne, że autor w tych wypadkach nie przypisywał chloroformowi wystąpienia żółtaczki. Przy tych poszukiwaniach poznał przypadkiem, że w powietrzu wydechowem dziecka, które wydobyto podczas odurzenia matki chloroformem, w kilka godzin po porodzie dał się wyczuć zapach chloroformu. Tem spostrzeżeniem zadziwiony starał się obiektywnie dowieść, czy chloroform przechodzi do płodowego krążenia krwi; metodą zaś najlepszą w tym celu było wyszukanie chloroformu w samem łożysku.

Z tego powodu dokonał następującego badania:

Poród miał miejsce dnia 15 Marca wieczorem; ponieważ części przodującej nie dało się wysledzić i części płciowe były za dotknięciem nader bolesne, zachloroformowano rodzącą mniej więcej tylko ua 15 minut, celem oszczędzenia jej bólów przy śledzeniu. Później nie użyto wcale chloroformu, nawet przy wyciągnięciu za nogi, które się później okazało koniecznym. Od zachloroformowania aż do wydalenia łożyska upłynęła mniej więcej godzina. Łożysko włożono zaraz do szczelnie zamykającego się naczynia, oczyściwszy je poprzednio z krwi. Dnia 16 rano rozchodził się z zawartości naczynia bardzo wyraźny zapach chloroformu, a badanie dokonane tego samego dnia dało zupełnie zadawalniający rezultat. Badanie zaś łożyska w fizyologiczno-chemicznym instytucie prof. Hoppe-Seylera dowiodło jak najdokładniej obecność chloroformu.

Również badając mocz dziecka stwierdził autor, że chloroform wdechnięty przez matkę przechodzi do płodowego krążenia krwi i że dziecko, w macicy się znajdujące, przy chloroformowaniu matki popada także w odurzenie chloroformowe.

Ponieważ środki odurzające są w innych razach przeciwwskazane u dzieci, to ważnym dla akuszerza jest pytaniem, jaki stopień odurzenia jest nieszkodliwym dla dziecka.

— Jako nadzwyczaj skuteczny środek, aby pijawki ssaly chętniej, zaleca pewien aptekarz dodać do wody, w której się znajdują pijawki, nieco wina tokajskiego, i to na jedną pijawkę mniej więcej kroplę. Inne jakie wino albo w ogóle płyn, zawierający wyskok, okazałby się może tak samo skutecznym, wszakże przewyższa je pod tym względem wino tokajskie z powodu wielkiej ilości cukru, jaką posiada (Apotheker-Zeitung, N. 19. 1874).

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 (nowy 1), mieszkania Nr 6.

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

GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH,
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 1874 do 1 stycznia 1875) rsr. 10; od początku wydawnictwa do 1 stycznia 1875 r. rsr. 148 (z przesyłką).

Cena Przeglądu Postępów Nauk Lekarskich. Rocznie rsr. 8; dla prenumeratorów Gaz. Lek. rsr. 6; dla prenumeratorów Gaz. Lek. i Bibl. Um. Lek. rsr. 4

TREŚĆ: Postrzeżenia z praktyki lekarskiej. O leczeniu niektórych tętniaków za pomocą niecałkowitej ligatury à fil perdu. Przez Dra Jana Mińkiewicza (z Tyflisu). (Dalszy ciąg). Kronika zagraniczna. O wycięciu części międzykroczza jako środka leczenia przetok cewko-kroczowych przez Dra Voillemier, członka akad. lek. w Paryżu. (Dalszy ciąg). — Statystyka lekarska powiatu Grójeckiego za rok 1873 zebrał Władysław Lipiński, lekarz tegoż powiatu. (Dalszy ciąg). — Wiadomości bieżące. O wpływie chloroformowania rodzących na płód, przez Dra Zweifla w Strasburgu. Wino jako nadzwyczaj skuteczny środek, aby pijawki ssaly chętniej.—Dodatek. Choroby zaraźliwe ostre T. I, arkusz 3. Akuszeryi T. III, arkusz 6.

O leczeniu niektórych tętniaków za pomocą niecałkowitej ligatury à fil perdu.

Przez Dra Jana Mińkiewicza (z Tyflisu).

(Dalszy ciąg).

Wypowiedzieliśmy ogólne wyniki fizyologiczne co do obiegu krwi w niecałkowicie podwiązanem naczyniu — teraz postaramy się wykazać też same dane w zastosowaniu, w szczególności przy leczeniu tętniaków. Niecałkowita ligatura jak i całkowita mogą być zakładane między sercem a tętniakiem i między tym ostatnim a obwodem. Należy wykazać co się stanie w samym tętniaku t. j. w jaki sposób on się wyleczy w obudwóch razach, i jakie będą następstwa w terytoryach, mających krew z tętnicy niecałkowicie podwiązanej.

Główne zadanie przy leczeniu tętniaka jest takie uformowanie skrzepów krwi w jego worku, aby wszelki ruch krwi w nim zatamować; przy warunkach zaś niepomyślnych przynajmniej na tyle osłabić przebieg krwi, aby tętniak zmniejszywszy się—jak najmniej naciskał na sąsiednie części, organa, często bardzo ważne, i jak najmniej nadwierał fizyologiczną ich czynność, a także dalszych organów, mających krew z cierpiącej tętnicy. Tego wszystkiego dopinamy albo całkowicie przecinając przebieg krwi albo go zwalniając, aby ulżyć powstaniu skrzepów krwi. O ile niecałkowita ligatura mianowicie sprzyja dopięciu tego ostatniego celu? Z początku należy rozpatrzyć się w zmianach zachodzących w samej tętnicy, następnie w zjawiskach rozwijających się w narządziach, otrzymujących krew z niecałkowicie podwiązanego naczynia. W tym rozdziale ograniczymy się rozwiązaniem w ogólnych zarysach pierwszego pytania.

Przy zastosowaniu niecałkowitej ligatury między sercem a tętniakiem, objętość tętnicy wyżej i niżej ligatury musi się zmniejszać, a więc i objętość tętniaka także się zmniejszy wskutek zmniejszonego dopływu krwi. Prędkość ruchu jej w jamie tętniaka również się musi zwolnić. Przy tętniaku daleko więcej istnieje warunków sprzyjających temu zwolnieniu, aniżeli w doświadczeniach przez nas dokonanych. Tak ścianka naczynia na pewnej przestrzeni wyżej i niżej jego może być zmieniona, (czemu wreszcie Broca przeczy, a przynajmniej twierdzi, że to bywa rzadko), zwyczajnie kurczliwy pierwiastek najwięcej cierpi. Oczywiście, że z tego powodu przebieg strumienia krwi tu powinien się odbywać mniej prawidłowo i powolniej. W samym tętniaku również istnieją takie warunki, które zmniejszają prędkość strumienia krwi, a temi właśnie warunkami są chorobowe zmiany ścianki naczynia i rozwinięcie się worka tętniczego. Tu giną na pewnej przestrzeni kurczliwość, sprężystość tętnic i osłabia się wpływ pędzącej siły serca. Do tego jeszcze dołączymy i to, że ścianka tętniczego worka nie posiada gładkości, równości właściwej zdrowym naczyniom. Niegładka, szorstka powierzchnia ze swjej strony zmniejsza prędkość strumienia krwi, zwiększając tarcie obok zmniejszonej siły pędzącej i zmieniając formę prawidłowego kanału, przez który płynie krew w worku aneurysmatycznym. Nienależy nigdy zapominać o tém, że warstwy zewnętrzne krwi w ogóle są w stanie spokoju, przyklepiając się do ścianki naczynia. W worku aneurysmatycznym warunki ku temu są bardziej sprzyjające, t. j. warstwa spokojna powinna być grubsza i dla tego skrzepnięcie włókna łatwiej się dokonywa. Okoliczności powyższe dostateczne są dla zmniejszenia prędkości biegu krwi w worku. Do tego jakśmy wyżej powiedzieli, dodajemy jeszcze nową przeszkodę—stałą—ligaturę. Wszystko to przyczynia się do tego, aby, zmniejszywszy prędkość biegu krwi, sprzyjać skrzepnięciu się jej, za pomocą czego, otrzymujemy możliwość wyleczenia tętniaka.

Dla okazania jakie skutki wywiera niecałkowita ligatura na narządzia obwodowe, wybieram mózgowie, ponieważ w niem najoczywiściej dają się wi-

dzieć skutki jak całkowitej tak i niecałkowitej ligatury. W pierwszym przypadku okres pierwszy odznacza się zatamowaniem krwi obiegu w tej części, które się karmi krwią dopływającą z podwiązanej tętnicy szyjowej głównej i przekrwieniem drugiej części mózgu, mającej krew z tętnicy głównej szyjowej niepodwiązanej, a więc będzie chwila, że rozmaite części mózgu, jednocześnie będą w przeciwnych sobie warunkach. Każdy z tych stanów sam przez się sprawia rozmaite niebezpieczne następstwa zjawiska. I tak, silna, cokolwiek za długo trwająca niedokrwistość, może wywołać porażenie nerwów poczynających się w tej okolicy, i przeciwnie mocne przekrwienie drugiej części, może się przyczynić do obrzęku mózgu i do powstania włosowatych wynaczynień, a tem samem do rozwinięcia groźnych niebezpiecznych zjawisk. Ale ponieważ w mózgu w krótkim czasie rozpoczyna się zrównoważenie krwi obiegu, co stanowi drugi okres, to chociaż objawy chorobowe stają się mniej groźnymi, jednakże i tu jeszcze mogą rozwinąć się patologiczne zmiany, wywołujące zjawiska niebezpieczne. Od tych właśnie warunków w 1 i 2 okresie w ogóle zależy niebezpieczeństwo ligatury tętn. szyjowej głównej. Objawy chorobowe o których tylkośmy co mówili będą silniej rozwinięte wskutek jednoczesnego podwiązania obu tętnic głównych szyjowych, jak to widzimy w historych tych chorych, co się poddali tej operacji. Zwolniony ruch krwi w naczyniach włosowatych mózgu głównie się opiera powstaniu niebezpiecznych następstw.

Po podwiązaniu głównej tętn. szyjowej nie tylko w mózgu dają się widzieć pewne następstwa, ale i w innych bliższych narządach jako to: w płucach i sercu. Zmiany te mogą być wywołane skutkiem *a)* przekrwienia tych narządów, ku którym krew napotkawszy mechaniczną przeszkodę w tętn. szyjowych kieruje się, *b)* nie normalnego stanu mózgu, i nareszcie, *c)* podrażnienia n. błędnego w ranie podczas operacji (obszerniej o tem w IV oddziale).

Przy niecałkowitem podwiązaniu jednej tętnicy szyjowej jak zjawiska niedokrewności mózgu w okolicach jej rozgałęzienia, tak i objawy przekrwienia w drugiej połowie będą mniej rozwinięte, słabsze, ponieważ krwi obieg, że tak powiem, ustaje tylko w chwili podwiązania tętn., poczem zaraz znowu wraca. Tym sposobem zapobiegamy gwałtownemu niejednostajnemu rozmieszczeniu krwi w mózgu i rozwinięciu się wszystkich następstw podobnego stanu. Zrównoważenie tu będzie lżejsze, prawidłowsze, ponieważ z jednej strony nie ma mniej lub więcej zupełnej niedokrewności, a z drugiej silnego przekrwienia. Z tych to właśnie powodów zrównoważenie krwi w mózgu odbędzie się bez szczególniejszych złych skutków. Tym właśnie okolicznościom zawdzięczamy to, żeśmy w naszych doświadczeniach nie tylko po podwiązaniu jednej ale i dwóch szyjowych tętnic głównych jednocześnie—nie spostrzegaliśmy prawie żadnych objawów mózgowych chorobowych i nie straciliśmy ani jednego zwierzęcia.

Otóż właśnie ta łatwość zregulowania krwi obiegu w mózgu przy niecałkowitej ligaturze stanowi główną zaletę tej metody podwiązania.

Zastosowując ligaturę wyżej tętniaka (górną połowę ciała) znajdujemy więcej warunków sprzyjających skrzepieniu krwi w worku tętniaka. Ruch krwi w nim się utrudnia, gdyż nie gładka, nie równa szorstkawa powierzchnia worka zmniejsza prędkość strumienia krwi. Forma jamy worka, szerokość wejścia i wyjścia jego, stosunek ich do jamy worka wpływają na stopień zwolnienia ruchu krwi. Potem ona powtórnie napotyka nową przeszkodę—węzeł ligatury, a więc prędkość jej ruchu musi znowu znacznie zwolnić, gdyż tu łatwiej może powstać ruch wirowy. Stopień odległości ligatury od worka tętniaka i stan ścianki w nim wpływają na zwolnienie ruchu krwi i jej skrzepienie w worku tętniaka. Przy tem wiele na tem zależy czy tętnica w tem miejscu ulega kaszowatemu zwyrodnieniu i na ile w niej między tętnikiem, ligaturą i wyżej zginęła sprężystość, kurczliwość. Okoliczności te są ważne również przy zastosowaniu ligatury i poniżej tętniaka.

III.

W poprzedzającym rozdziale wyłożyliśmy o ile fizyologiczne prawidłowe warunki tętnic sprzyjają możebności zastosowania niecałkowitej ligatury. Teraz rozpatrzemy 1° anatomiczno-patologiczne zmiany, któreśmy znaleźli po zastosowaniu niecałkowitej ligatury. Przy tem przytoczymy spostrzeżenia innych uczonych. Po 2° w tym że rozdziale wyłożymy anatomiczno-patologiczne dane dotyczące się samego tętniaka i bliższych części cierpiącej tętnicy. Również zwrócimy uwagę na okoliczność o ile te stany ze swojej strony umożliwiają zastosowanie niecałkowitej ligatury przy leczeniu niektórych tętniaków.

Po rozbiorze zwłok zwierząt u których zastosowaliśmy niecałkowitą ligaturę znaleźliśmy, że niecałkowicie podwiązana tętnica staje się mniejszą, jak w miejscu ligatury tak też wyżej i niżej jej na znacznej przestrzeni. Do tego się przyczyniały stała obecność metalicznego węzła na tętnicy i zapalenie ścianek ostatniej, które sprawiło zgrubienie ich, niekiedy 3, 4 razy większe niż w stanie prawidłowym, stwardnienie. Skutkiem tego wszystkiego światło tętnicy się zwiężyło i krew przez tętnicę niecałkowicie podwiązaną musiała obiegać w mniejszej ilości i skierować się w inne naczynia nie zmienione. Inni obserwatorowie przy podobnych warunkach, przy zmniejszonej czynności organu również spostrzegali podobne zwiężenie naczyń. Tak przy zaniku organu tętnica odpowiednia w nim się zwięża nawet zupełnie może zaniknąć. Po amputacji członka tętnica główna jego z powodu zmniejszonego dopływu krwi zmniejsza się, cienieje, spada i staje się podobną do żyły. Przy całkowitej ligaturze tętnicy udowej głębokiej (*art. femoralis profunda*) tętnicy piszczelowej (*art. tibialis*) cokolwiek się zwięża (D o n d e r s - H o y e r p. 112). Przy *varix aneurysmaticus*, *aneurysma varicosum* zwykle tętnica wyżej tętniaka t. j. między nim a sercem szerszą bywa, niżej zaś *varix aneurysmaticus* tętnica węższą mniejszą, ścianki jej wiotsze, cieńsze i w pewnym stopniu żylakowato rozszerzona (B r e c h e t); to właśnie skutkiem tego, że krew w mniejszej ilości płynie do żyły. Zmniejszenie te jest także jakie się daje widzieć po każdym odejściu gałęzi od głównej tętnicy (B o k i t a n s k y, F ö r s t e r, H u n t e r

B e c l a r d). Oto co znajdujemy w dziele O W e b e r a (T. II. 2 oddział, 1 zeszyt, str. 151, 152) względem tego przedmiotu. „Przy rozmaitych gatunkach tętniczo-żylnych tętniaków, tętnica po większej części niżej, a niekiedy i wyżej miejsca połączenia bywa szerszą, cokolwiek zygzatowata, a niekiedy ścianki tętnicy do tego stopnia cienieją, że stają się podobnymi do żył.” Ja osobiście tej choroby nieobserwowałem lecz sądzę, że H u n t e r, F ö r s t e r, B r o c a, B e c l a r d więcej mają słuszności. Krew przechodząc z tętnicy do żyły, za pośrednictwem ich połączenia, stały napotyka opór w strumieniu żylną krwi płynącej na spotkanie krwi tętniczej; a więc ta ostatnia massa musi w tył się cofać i wskutek tego rozciągać, rozszerzać tętnicę wyżej rozszerzenia być może i bliższą część tętnicy, tuż niepośrednio pod miejscem połączenia się z żyłą znajdującą. Oprócz tej przyczyny mechanicznej należy zważać i na to, że tętnica wyżej połączenia jej z żyłą znajdującą się powinna silniej, mocniej się kurczyć, aby krew przepędzić, a więc musi się więcej rozwijać i karmić,—skutkiem czego staje się większą, szerszą. Im dalej (niżej) od *varix aneurismaticus*, tem dolna, obwodowa część tętnicy, przepuszczając mniej krwi, stanie się węższą, cieńszą, światło jej zwezi się, ponieważ boczne ciśnienie się zmniejszy. Dla udowodnienia tego cośmy tylko co powiedzieli przytoczymy zdanie O. W e b e r a. „Jeżeli tętnica będzie podlegała mniejszemu ciśnieniu bocznemu, to światło jej zwezi się i ścianki stopniowo cieńszeją (§ 172).” Właśnie wszystkie te warunki znajdujemy w tętnicach poniżej *varix aneurismaticus*, i dla tego to trudno sobie wytłomaczyć dla czego O. W e b e r mówi, że tętnica po większej części niżej *varix aneurismaticus* bywa szerszą? Wreszcie samo użycie wyrażenia „po większej części“ świadczy o niestałości, o wyłączości tego zjawiska. Dalej mówi, że pulsacya tętnicy przy tętniaku żylnotętnicznym poniżej jego bywa słabsza, niż by należało być (§ 174—152), czyto nie przeczy temu, co on sam mówił o rozszerzeniu się tętnicy po niżej *varix aneurismaticus* (§ 172)? Słabe tętno zależy od zmniejszonego dopływu krwi, i dla tego naczynie musi się zwezić. Dla czego niekiedy, podług słów O. W e b e r a, tętnica poniżej *varix aneurismaticus* bywa szerszą? Mogło to być skutkiem szczególnych warunków sprzyjających temu, albo rozszerzenie się powstało w pobliżu, w sąsiedztwie miejsca połączenia ¹⁾. N e l a t o n przytacza, że H u n t e r zalicza do objawów właściwych tętniakom żylnotętni-

¹⁾ B r e s c h e t twierdzi że przy operacji *an. caricosum* widział przejście krwi żylną przez worek aneurysmatyczny do tętnicy podczas jej diastole. On objaśnia tę okoliczność, oprócz ścięnięcia ścianek tętniczych zetknięciem się ich z krwią żylną i rozszerzeniem tętnicy niżej tętniaka, fakt dotąd przez nikogo nie objaśniony (R o k i t a Ń s k i 1-e wydanie, rosyjskie tłumaczenie p. 822). W trzecim wydaniu niemieckim cały ten ustęp opuszczony. B e r a r d tem zbija zdanie B r e s c h e t, że tętnica podczas diastole zostaje w biernym stanie; krew przez serce pędzona rozszerza tętnicę i wtedy krew przechodzi do żyły, a więc nie podobna, aby w miejscu połączenia tętnicy z żyłą istniały jednocześnie dwa przeciwne prądy. Te dowody B e r a r d a podziela i V i d a l d e C a s s i s, on sądzi, że B r e s c h e t fałszywie objaśnił to zjawisko, gdyż V i d a l d e C a s s i s był obecnym przy tej operacji *varix aneurismaticus*, gdzie B r e s c h e t niby widział to zjawisko (V i d a l d e C a s s i s T. I. p. 623—624).

czym, szczególnież zastarzałym, rozszerzenie górnej części tętnicy, jej zygzakowatość, zwężenie przytęm dolnej części i osłabienie jej tętnienia. Zdaniem N é l a t o n a słabe tętno zależy od miękkości, wiotkości ścianek tętnicy, a nie od zmniejszenia jej kalibru, który przeciwnie staje się szerszym, większym (l. c. p. 471). Jestem tego zdania, że R o k i t a ń s k i, H u n t e r i B r o c a więcej mają słuszności od N é l a t o n a co do rozszerzenia tętnicy niżej tętniaka. B r o c a bardzo oględnie wypowiada swoje zdanie co do stanu tętnicy poniżej guza. „Ponieważ tętnica poniżej miejsca połączenia jej z żyłą dostaje mniej krwi, to zwężenie tętnicy powinno by było być zjawiskiem stałym, chociaż ono może i nie być. Zdaje się nawet, że niby przeciwne dane były niekiedy obserwowane. Prawdopodobnie, w tych przypadkach, poraniona tętnica była w takich warunkach, że krwi do niej dopływało więcej, niż się wylewało do żył” (l. c. p. 77, 78). Na pierwsze tylko spojrzenie zdaje się, że przypadek opisany przez S c h l e s i n g e r'a stwierdza zdanie O. W e b e r a. S c h l e s i n g e r widział przypadek wrodzonego zwężenia aorty na 3 palce poniżej *arcus aortae* tak znacznego, że na przestrzeni 2" zaledwie mogła przejść zonda. Przed zwężeniem aorta była mocno rozszerzoną; za zwężeniem zaś, bliżej ku obwodowi była prawidłowej objętości. Krwi obieg się odbywał za pośrednictwem tt. między żebrowych i ich gałęzi. (F ö r s t e r l. c. p. 729). I tak w tym przypadku aorta za zwężeniem będąca normalną, była węższą od części jej znajdującej się przed zwężeniem. Tu w żaden sposób inaczej stać się niemogło, i ten przypadek nie obala naszego twierdzenia, ponieważ aorta od swojego początku aż do zwężenia była pod wpływem ciśnienia całej masy krwi wypływającej z lewej komórki. W naszych zaś przypadkach, wskutek oddalenia miejsca zastosowania ligatury od serca—siła jego uderzenia osłabiała i ilość obiegającej krwi zmniejszała się z powodu licznych pobocznych gałęzi. Z tego cośmy tylko co powiedzieli wnioskujemy, że za całkowitą i niecałkowitą ligaturą za przeszkodą do krwiobiegu t. j. między ligaturą i tętnicą bywa węższą, szczególnież przybliżając się do miejsca ligatury. Jestto warunek, moment bardzo ważny, sprzyjający rozwinięciu się pomyślnych skutków niecałkowitej ligatury przy tętniakach. Co się tyczy tego, co się dzieje z tętnicą przed ligaturą, to przy rozbiorze zwłok znajdujących ją to węższą, to szerszą od prawidłowej. Obadwa te stany są skutkiem zapalenia i zależą: od jego stopnia, od wyłącznego zapalenia tej lub innej tkanki tętnicy, czasu obserwacji i odległości zapalnego miejsca od serca. Bezpośrednim skutkiem zapalenia ścianek naczynia (*periarteritis*) jest zwężenie światła naczynia, zależące od zgrubienia, stwardnienia ścianek naczyń, skurczenia się tk. mięśniowej, pomarszczenia tk. wewnętrznej, która przy tem traci swój połysk, gładkość. Za tem rozwijają się bladość, pulchność wszystkich tkanek naczynia i stopniowe osłabienie i rozszerzenie ich. Dalsze następstwa bywają rozmaite (F o e r s t e r l. c. p. 744, 721). R o k i t a ń s k i twierdzi, że przy zapaleniu tętnicy wypociny przenikają istotę tk. mięśniowej, wskutek czego nadweręza się ich odżywienie, a dla tego czynność jej się

ogranicza, paraliżuje. Skutkiem tego wszystkiego naczynie musi się rozszerzyć co się i dzieje. Z drugiej zaś strony wskutek obrzmienia wszystkich tkanek naczynia, szczególnie przy mocnym zapaleniu tętnicy, kiedy zewnętrzna tkanka twardnieje, to tętnica się zmniejsza, światło naczynia się zwięża, co szczególnie daje się widzieć w naczyniach mniejszych rozmiarów, jak to właśnie było w naszych doświadczeniach, co może się zdarzyć i u człowieka. (F o e r s t e r l. c. p. 750, 751). Tu stopień zgrubienia tk. mięśniowej przewyższa stopień jej osłabienia. W naczyniach większych częściej powstaje rozszerzenie, ponieważ takie naczynia zawsze są bliższe od serca, i dla tego większemu podlegają bocznemu ciśnieniu, które nie tylko, że opiera się zwężeniu, ale rozszerza naczynie. Naturalnie, że w każdym danym przypadku istnieją szczególne przyczyny sprzyjające rozwinięciu się tego lub owego stanu. W naszych wypadkach istnieje jeszcze jeden warunek, o którym wyżej mówiliśmy, sprzyjający zwężeniu podwiązanego naczynia w ogóle i w szczególności między ligaturą a sercem. Jest to właśnie s t a ł a o b e c n o ś ć m e t a l i c z n e g o w ę z ł a, działającego tu w dwojaki sposób: formuje stałą mechaniczną przeszkodę, stałe kółko ścieśniające światło tętnicy i stanowiące punkt do którego się przyciąga stwardniała zapalna ścianka naczynia. To zjawisko musi być i u człowieka po zastosowaniu niecałkowitej ligatury. Niepośrednio wskutek zwężenia tętnicy za pomocą metalicznego węzła stałego i następnego zapalenia tętnicy, krew napotkawszy w ruchu swoim nieprzewycięzalną dla niej przeszkodę (stały węzeł metaliczny) — będzie zmuszona skierować się do innych naczyń, znajdujących się między sercem a ligaturą, tam gdzie nie ma przeszkody dla jej ruchu. Skoro krew raz się skierowała w dogodniejszą dla siebie drogę, to musi mniej rozszerzać niecałkowicie podwiązaną tętnicę, czem właśnie znowu będzie pomagać zwężeniu naczynia przed i za ligaturą.

Na zasadzie danych tych oczywista, że stopień zwężenia tętnicy między sercem a ligaturą, w obec stałego węzła, będzie zależał od stopnia odległości miejsca podwiązania od serca; im odległość mniejsza, tem mniej pozostaje pobocznych naczyń, i tem zwężenie będzie mniejsze. Z drugiej strony ponieważ krew w pewnym stopniu przepływa przez niecałkowicie podwiązaną tętnicę — to tem się osłabiają warunki rozszerzające tętnicę przed zwężeniem.

Wykazaliśmy te okoliczności, które sprzyjają zwężeniu i rozszerzeniu tętnicy przy jej zapaleniu i szczególnie przy zastosowaniu niecałkowitej ligatury, teraz wskażemy jeszcze na niektóre okoliczności, przy których częściej można napotykać rozszerzoną tętnicę między przeszkodą i sercem. Tak tętnica rozszerza się w pobliżu utrudnionego krwi obiegu w naczyniach włosowatych z odpowiednim zgrubieniem ścianek (F o e r s t e r l. c. p. 714). Tętnica bywa szerszą po za jej zwężeniem wskutek naciśnięcia guzem (tamże p. 730). Tu powinniśmy wskazać na to, że narośl zwykle nieogranicza się naciśnięciem na jedną tylko gałąź, ale na kilka innych bliższych w większym lub mniejszym stopniu. Od tego tu trudniej daje się uregulować oboczny krwi obieg, ponieważ krew napotyka więcej przeszkód i główne naczynia przed przeszkodą będzie szersze. Co do rozszerzenia naczyń rozgałęzionych w wiel-

kich, w naczynia obfitych narostach to tu istnieją odmienne warunki. W nich samych naczynia włosowate rozszerzone, ścianki naczyń zmienione, nie są w stanie prawidłowie się kurczyć, opierać się ciśnieniu krwi dla tego tu tętnica przed narostem rozszerza się. Naczynie staje się szerszem wskutek stłuszczenia jego tk. mięśniowej i zwyrodnienia kaszowatego.

I tak jeśli dodamy do tego cośmy sami widzieli przy zastosowaniu niecałkowitej ligatury, przy wycięciu części żyły, fakta widziane przez innych spostrzegaczy przy całkowitej ligaturze, i na koniec podane przez nas dane anatomiczno-patologiczne, to z całą możemy powiedzieć sprawiedliwością: że anatomiczno-patologiczny stan, wywołany zastosowaniem niecałkowitej ligatury przyczynia się do zwężenia tętnicy nie tylko w miejscu podwiązania, ale wyżej i niżej przez co zmniejsza się przepływ krwi i prędkość ruchu do podwiązanego naczynia, a więc i do organu odżywanego przez podwiązane naczynie.

Teraz zwrócimy uwagę jeszcze na dwa dane któreśmy znaleźli przy rozbiórce zwłok.

Co się tyczy zapalenia wewnętrznej błony naczynia, to w niektórych przypadkach zauważaliśmy w pobliżu węzła zmętnienie, lekką niegładkość, biało-żółtawą barwę bł. wewnętrznej, która cokolwiek była podniesioną w stosunku do bliższych zdrowych części. Podniesienie to, wyniosłość, stopniowie przechodziła w normalny stan. Raz tylko widziałem bardzo wyraźne odgraniczenie tak zmienionej bł. wewnętrznej od zdrowej części. Wskutek rozdrażnionego jej stanu—również raz tylko dało się widzieć powstanie skrzepu i to właśnie w tym przypadku, gdzie węzeł prawie zupełnie przeciął ściankę naczynia; on leżał tuż pod bł. wewnętrzną. Nic więc dziwnego, ścianka wewn. była w stanie rozdrażnienia, sprzyjającego powstaniu skrzepu krwi i przymocowaniu jego po nad węzłem — w miejscu większego rozdrażnienia. Fakt ten ważny jest z tego względu, że świadczy o możebności powstania zakrzepów przy niecałkowitej ligaturze, jak niemniej zatorów. Wyżej powiedziałem, że fakt ten raz tylko widziałem i to przy największym zwężeniu i zmarszczeniu się ścianki, przy głębokiem wciśnięciu się węzła w ściankę naczynia. Nie mamy żadnego prawa przypuszczać, aby w naszych przypadkach nagle powstawały zakrzepy i w ciągu obserwacji zwierzęcia znowu nikły. Dla powstania podobnych zakrzepów w miejscu ligatury istnieją dwa koniecznie potrzebne do tego warunki. Zwolnienie ruchu krwi i obrzmiałość, nierówność wewnętrznej powierzchni naczynia. W naszym właśnie przypadku były te dwa warunki: wystawanie węzła wewnątrz naczynia, o który się tarła krew płynąca, i zmarszczenie nie tylko wewnętrznej ale i innych tkanek naczynia w sąsiedztwie węzła. Tu się formują wiele powtórnych małych i maleńkich fałdek, dołków. Pod wpływem takich warunków krew lekko zatrzymuje i nie porusza się (B r ü c k e). Najprawdopodobniej białe kulki krwi, płynące w ogóle na obwodzie strumienia krwi,—przy samej ściance naczynia, wskutek właściwej im

lepkości— pierwsze się zatrzymują w podobnych niegładkościach, zakłęśnościach z sobą skleją i z rozdrażnioną ścianką naczyń i tym sposobem dają początek powstaniu zakrzepów krwi. Skoro raz się uformował skrzep nie wielki, staje on się ogniskiem dalszego formowania się zakrzepu.

Raz znaleźliemy w sąsiedztwie metalicznego węzła bł. wewnętrzną tętnicy zgrubiałą i przedziurawioną małymi otworami, przewodami, kanalikami, do których krew zaciekała. Stan podobny opisany i nazwany przez Rokitńskiego— *Canalisatio*, raz tylko, i to w słabym stopniu był obserwowany przez Foerstera (l. c. p. 750). Nasz przypadek również należy do lżejszych; gdyż w wyższych stopniach, wprawdzie rzadkich, ścianki naczyń, zamieniają się na tk. gąbczastą, podobną do ciał jamistych (*corpora cavernosa*). Kanaliki te podług Rokitńskiego, jak to było i w naszym przypadku, wcale się nie anastomozują z układem naczyniowym pochwy komórkowatej, ale tylko sięgają do tk. mięśniowej. Jest to bardzo ciekawa rzecz w jaki sposób powstają te kanaliki, otworki w bł. wewnętrznej beznaczyniowej? Ta otrzymuje swój pokarm ze krwi mimo przepływającej. Naczynia naczyń sięgają tylko do bł. mięśniowej (Rindfleisch l. c. p. 170). Niewątpliwie kanaliki te powstają wskutek tejże samej sprawy resorpcyjnej, od której zależą szczeliny w tak zwanej prawidłowej warstwie prażkowanej naczyń (Henle). Z początku powstały dołki, otwory, które połączywszy się z sobą utworzyły kanaliki. W naszym przypadku kanaliki te rozwinęły się w zgrubiałej, zmienionej, pomarszczonej tk. wewnętrznej w około węzła.

B.

Co się tyczy anatomii patologicznej tętniaków, to wskażemy tylko na pewne dane w historii ich rozwoju, mając na widoku zastosowanie niecałkowitej ligatury. Co do rozwoju tętniaków, istnieje wiele teoryj rozmaitych, niedostatecznie wprawdzie objaśniających ich początek. Niektórzy uczeni widzą przyczynę ich powstania w paraliżu tk. mięśniowej i skutkach tego. Większość zaś sądzi, że główną i najczęstszą przyczynę ich rozwoju szukać należy w zapaleniu chronicznem błony wewnętrznej z następnem przeobrażeniem wstępnem, kaszowatém. Dalej jeszcze do przyczyn powstania tętniaków zaliczają zwyrodnienie tłuszczowe błony wewnętrznej i średniej naczyń i naroszenie zwapnienie tk. mięśniowej czyto jako sprawa pierwotna, czy następcza.

Nie wykładając treści istoty tych spraw, wskażemy tylko głównie na stosunek chronicznego zapalenia bł. wewnętrznej ze sprawą kaszowatą do powstania tętniaków. Dla nas ważną jest ta okoliczność, że we wszystkich wspomnianych sprawach: a) niknie prawidłowa budowa ścianek tętnic i b) kurezliwość tk. mięśniowej. Każdy z tych momentów może być pierwotnym i następczym przy powstaniu tętniaków. Temi dwoma momentami tętniaki się różnią od *arteriaetasis*.

Wskutek *endoarteriitis* i sprawy kaszowatej bł. wewnętrzna staje się szorstką, nie gładką, w niej powstają dołki rozmaitej formy i wielkości. Włókna tkanki mięśniowej pod wpływem ciśnienia bocznego krwi rozstępują

się, i tym sposobem między niemi powstają mniejsze lub większe przestrzenie. Przy tém włókna mięśniowe podlegają tłuszczowemu zwyrodnieniu, stają się bezbarwnymi, wiotkimi, łatwo się rozrywają, nawet zupełnie giną. Jeśli tętniak aorty dosięga objętości pięści, to w nim z wielką trudnością zaledwie ślady tk. mięśniowej w ściance jego worka można odszukać (R i n d f l e i s c h p. 172). Błona zewnętrzna z początku się nie zmienia, później zaś staje się włóknistą, grubieje. W tętniakach największych pozostaje li tylko ta jedna tkanka, która zrosnięta z otaczającymi częściami główną stanowi podstawę. Naturalnie, że przy podobnych warunkach ciśnienie boczne rozszerzy naczynie, szczególnież w tém miejscu, które najbardziej było zmienione, ponieważ ta ścianka naczynia nie jest w stanie sama przez się kurczyć, opierać się ciśnieniu krwi (R i n d f l e i s c h l. a. p. 169). Od przestrzeni i stopnia rozszerzenia patologicznej sprawy właśnie zależy stopień i forma rozszerzenia naczynia.

Koniecznym, niezbędnym następstwem zmiany fizyologicznych warunków ścianki naczynia będzie z w o l n i e n i e k r w i o b i e g u w zmienionej części tętnicy w tętniaku, — stopień rozwinięcia którego będzie odpowiadał stopniowi zmiany naczynia. Niegładkość w ogóle ścianek tętnicy, w szczególności zaś miejscowe w nich rozszerzenia, przy zwolnieniu ruchu krwi, stanowią początek skrzepów jej (R i n d f l e i s c h l. c. p. 173). Nie wątpliwie, że białe ciała krwi tu głównie wpłyną tak na powstanie skrzepów jak i na dalszy ich rozwój. Z powodu właściwej im lepkości one między sobą się zlepiają i przyklejają się do ścianek, szczególnież w dołkach, zakłęsłościach i formują tam zewnętrzną warstwę. Na nich się uwarstwiają nowe skrzepy krwi. W dalszym ciągu znowu może powstać nowa warstwa białych ciałek, a potem czerwonych. Tym sposobem właśnie formują się warstwowe skrzepy w tętniakach, szczególnież przy powolnym ich powstaniu. Skrzepy te nazywają się c z y n n e m i (B r o c a). Jeśli zaś skrzepy prędko, gwałtownie powstają, to one bywają złożone z jednostajnej masy krwi (s k r z e p y b i e r n e B r o c a). Warstwa zewnętrzna wcześniej powstała bywa prawie bezbarwna, jak każdy skrzep krwi, który podlegał pewnemu ciśnieniu. Tu nigdy nie można znaleźć żadnych śladów organizacyi. Jama tętniaka może być najzupełniej napełniona głównie skrzepami krwi warstwowymi, co właśnie stanowi sprawę d o w o l n e g o w y l e c z e n i a t ę t n i a k ó w. Najczęściej podobne wyleczenie następuje w całkowicie otorbionych tętniakach małych tętnic. Zakrzepy te zmniejszają się przez w e s s a n i e, albo z o s t a j ą n i e z m i e n i o n e m i. Stan ten tak zwany s t a t u s s t a t i o n a r i u s stanowi najpomyślniejsze zejście (F o r g e t l. c. p. 272). Według N é l a t o n a zejście podobne nadzwyczaj rzadko daje się spostrzegać. W tętniakach mających szyjkę znajdują się szczególne warunki sprzyjające temu zejściu, o którym tylko cośmy powiedzieli. Tu może się właśnie zdarzyć, że tętniak naciska na tętnicę wyżej i niżej guza, przez co zmniejsza się przyływ krwi, a niekiedy ona zupełnie nie dochodzi do tętniaka. Tym sposobem dalszy rozwój guza ustaje.

Skrzepy t m większe si  formują im dalej od osiowego prądu krwi znajduje się jama tętniaka, nie zwa ajac przy tém na jego obj to , i im mniej otwór w porównaniu do objętości tętniaka  aczy go z naczyniem. Łatwo zrozumieć dla czego skrzepy krwi w lnnikowe bardzo łatwo i obficie formują się w tętniakach mających szyjk , ponieważ forma taka posiada w najwyższym stopniu te dwa warunki; przeciwnie powstanie ich bywa t m trudniejsze im forma tętniaka mniej podobna do pierwszej i staje się podobniejszą do cylindrycznej albo wrzecionowatej (R o k i t a   s k i l. c. p. 759).

(Dalszy ciąg nastąpi).

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

O wycięciu cz ci międzykrocza, jako srodka leczenia przetok cewko-moczowych.

Przez Dra Voillemier, cz lonka akad. lek. w Paryżu.

(Dalszy ciąg).

Pierwszy opatrunek pozostaje bez zmiany przez 5 — 6 dni. Wczesna albowiem zmiana opatrunku przyczyniłaby tylko niepotrzebnych bólów choremu i zak ci a spraw  odnowy. Ale jak skoro ropienie na dobre si  rozpoczęło, skubanka z łatwością daje się oddzielić, i na miejscu tkanek białawych i  ci gni tych, jakeśmy mieli w chwili operacyi, znajdujemy ran  r zow , pokrytą ziarnin  dobrej natury. Miękkie narosła, otaczające otwór cewkowy dają się jeszcze rozpozna  po swém ciemnym zabarwieniu, ale są już bardzo zmienione i wkrótce zlewają się zupełnie z sąsiednimi granulacyami. Po tej pierwszej zmianie opatrunku, odnawiamy go codzień, będą skubanką woskowcowa, będą pokrytą maścią styrakowcowa (*ugt. de styrace*), b d  wreszcie skubanką napojoną winem aromatycznym, — stosownie do stanu rany. Przebieg sprawy gojenia zwykle bywa bardzo prawidłowy, tak iż rana zabliznia się mniej więcej po upływie miesiąca. Wtedy, pomimo utraty substancyi w międzykroczu, na tém ostatnim zaledwie jaki ślad pozostaje po przebytej operacyi.

Na 11 chorych operowanych przezemnie w sposób powyższy, sprawa przebiegała tak, jakem to dopiero opisa , wyjąwszy tylko jednego. Ten ostatni byłto męczyzna temperamentu limfatycznego, wyczerpany pięcioletnimi cierpieniami. Zabliznienie postępowało w tym wypadku z nadzwyczajną powolnością i nie rozszerzało się z cz ci g bszych ku powierzchniowym. Każda strona rany zablizniała się oddzielnie, tak iż po zagojeniu można być spostrzedz na kroczu dwa wałeczki, podobne do warg większych, a pomiędzy niemi cewk  moczową, a raczej cz st dolnej jej ściany, pokrytą warstw  cienkiej tkanki bliznowej. Mała ta niekształtno  z łatwością dała się usun c, przez po czenie wspomnianych wałeczków po ich o wie eniu. Zresztą chory oddawał mocz dobrze i nie doznawał żadnych dolegliwości.

S p o s t r z e   e n i e I. Niejaki Bardou (*Denis—Louis*), rzeźbiarz, 52 lat, wstąpił na salę  . Kosmy, w szpitalu H tel-Dieu, 9 Października 1868 r. 28 lat temu, cierpiał na rzerzączkę, na którą się wcale nie leczył i która trwała przez 3—4 miesięcy. W 1849 r. w następstwie zbyt długo i forsownego chodzenia cierpiał na zupełne zatrzymanie moczu, które dobrowolnie ustąpiło po 24 godzinach. W 1850 r., spędziwszy noc bezsennie przy chor m dziecku, znów dostał zatrzymania moczu. Naza jutrz rano udał się do szpitala  . Ludwika, gdzie pozostawał przez dni sze . M a l - g a i g n e chciał mu wprowadzi  zwykły cewnik do cewki, lecz z wielką tylko trudnością doszedł do pe cherza. Od tego czasu, chory zawsze już źle urynował. W 1864 r. nowe zatrzymanie. Wstąpił do H tel-Dieu, gdzie J o b e r t bezskutecznie usiłowa  wprowadzi  cewnik. W ciągu tego dnia wystąpiło nacieczenie moczowe, które się rozprzestrzeniło na moszn  i krocze. Dnia następnego zrobiono trzy nacięcia w t j oko-

licy, a mocz począł swobodnie ranami wypływać. Przez pewien czas J o b e r t wprowadzał do cewki świeczki pokryte proszkiem alunu w celu rozszerzenia zężenia, potem cewnik stały. Nakoniec, po trzymiesięcznym pobycie w szpitalu, znajdując, że oddaje mocz z łatwością i widząc, że przetoki już się zamknęły, chory opuścił szpital.

Jednakże zauważył, iż grubość promienia oddawanego moczu zmniejszała się z dnia na dzień. W końcu Października 1867 r., pomagając swemu przyjacielowi w przeniesieniu ciężkiego ładunku, uczył nagle trzask w prawej pachwinie, tak iż zmuszony był przystanąć. Jeszcze dnia następnego czuł ból o tyle żywy, że nie mógł się oddawać swemu zatrudnieniu. Zauważył wytwarzanie się guza na międzykroczu, co go skłoniło do szukania porady u lekarza; ten mu zalecił przystawić pijawki w miejscu chorem; lecz mimo to wytworzył się ropień i otworzył w miejscu dawnej blizny. Od tej daty chory urynował coraz gorzej, tracąc większą część moczu przez świeżo powstałą przetokę. Nakoniec zdecydował się wstąpić do Hôtel-Dieu. V o i l l e m i e r stwierdził na części środkowej krocza, nieco na lewo od cewki, obecność otworu przetokowego otoczonego stwardniałymi brzegami, postaci nieregularnej i wielkości dużego orzecha. Jakkolwiek przez otwór ten odpływa większa część moczu, nie można weń wprowadzić zgłębnik więcej jak na 1 ctm. Również nie możebną się okazała kateteryzacja czyto za pomocą małego cewnika srebrnego, czy świeczki. Udało się wreszcie wprowadzić cienką świeczkę fiszbinową aż do miejsca zężonego; nie przekroczyła go jednak ona. Kilka razy czynione były próżne usiłowania aż wreszcie Dr G u i l l o u, znajdujący się podówczas w szpitalu, spróbował wprowadzić fiszbinową świeczkę własnego wynalazku (zagiętą na końcu i ze zgrubieniami) i był tyle szczęśliwy, że mu się udało przedostać do pęcherza. Od tej chwili można już było z łatwością rozszerzać kanał moczowy za pomocą zwyczajnych świeczek, a potem za pomocą cewnika, który pozostawiano na czas dłuższy w pęcherzu. Od czasu do czasu zalecano choremu oddawać mocz bez cewnika, ale jak tylko ten był usunięty, zawsze znaczna ilość moczu przechodziła przetoką. Leczenie trwało aż do początku Kwietnia 1869 r. Wówczas to Dr V o i l l e m i e r, widząc bezskuteczność dotychczasowych usiłowań, postanowił wyciąć część międzykrocza.

Operacji dokonano 12 Kwietnia. Guz został okrażony dwoma cięciami eliptycznymi i usunięty, cewka tym sposobem została odkryta, lecz nienaruszoną. Na lewej jej stronie spostrzedz było można otwór wewnętrzny przetoki, długi na 5 mm., szeroki na 3 i wypełniony wyrostkami barwy fioletowej. Rana została opatrzoną sposobem powyższej skreślonym.

Dnia następnego wystąpiło nieznaczne krwawienie, które łatwo dało się zatamować przez lekki ucisk.

Dnia 15 i 16 nie nowego.

17-go, nowy krwotok wywołany wysileniami, jakie czynił chory, idąc na stolec; lekarz dyżurny stłumił i to krwawienie skręcając drobną tętniczkę.

Aż do 27 zabliznienie rany, przyspieszane lekkimi przyżeganiem, postępowało szybko; rana znacznie się zmniejszyła. Wyjmując cewnik w chwili urynowania można było dostrzedz, że zaledwie parę kropli moczu przechodzi przetoką.

24 Maja 1870 r. rana całkiem zablizniona; chory oddaje mocz strumieniem pełnym i równym. Świeczka metaliczna o średnicy $7\frac{2}{3}$ mm. z łatwością daje się wprowadzić.

Chory jeszcze raz przyszedł na konsultacyą w końcu Lipca. Oddawał mocz dobrze, przetoka wcale się nie odnowiła.

S p o s t r z e ż e n i e II (spisane przez Dra C u r t i s, interna). Mallet, 45 lat, kucharz, wstąpił do oddziału Dra V o i l l e m i e r w szpitalu Hôtel-Dieu 10 Marca 1869 r.

Stan zdrowia pacyenta zawsze był zadawalniający. Co się tyczy chorób wencrycznych, to raz jeden tylko 20 lat temu, cierpiał na rzerzączkę, która będąc leczoną przez pewnego aptekarza, trwała około czterech miesięcy.

Aż do roku 1859 nie dostrzegł żadnego zakłócenia w oddawaniu moczu, wyjąwszy dość znaczne zmniejszenie rzutu strumienia; nigdy jednak nie przyszło do całkowitego zatrzymania. W tym czasie na międzykroczu zaczęły się pojawiać jeden po drugim ropnie, a otwierając się pozostawiały ranki, przez które mocz odpływał. Otwory te stały się zatokowatemi; skóra krocza pozostała w stanie zapalenia, co wszystko jednak nie sprawiało choremu wielkich dolegliwości. Jednakże około 1865 r., za mosz.

nami wytworzył się guz twardy wielkości jaja. Wówczas M. udał się do Dra G a i l - l a r d (w Poitiers), który wyciął wprawdzie ów guz, nie starał się jednak przywrócić naturalne światło cewce, nie wprowadził nawet ani razu cewnika. Tak przynajmniej zapewnia chory, który zresztą w owym czasie oddawał mocz z łatwością. Po odjęciu guza mocz odchodził w części cewką, w części zaś przetokami które jeszcze i dzisiaj istnieją.

Stan obecny. Mallet oddaje mocz z wielką trudnością i bardzo często. Strumień jest mały i nieregularny. Na międzykroczu znajduje się guz twardy, nierówny, wielkości dużego jaja, postaci podłużnej; guz ten rozciąga się od odbytu aż do moszen dotykając prawego jądra, do którego jednak nie jest przyrośnięty. Na prawo przedstawia cztery otwory przetokowe, przez które przechodzi większa część moshu podczas urynowania. V o i l l e m i e r kilkakrotnie usiłował wprowadzić cienką świeczkę aż do pęcherza, lecz mu się to nie powiodło. Niepowodzenie to przypisuje ciasności zwężenia a zwłaszcza zбочzeniu kierunku kanału cewki moczowej, zбочzeniu, spowodowanemu obecnością guza, o którym była mowa, i który przenikał głęboko w grubości tkanek. W tym stanie rzeczy pomimo że nie podobna było wprowadzić przewodnika do cewki, postanowiono odjąć guz, co też było dokonaniem w sposób następujący:

15 Marca, chory został ułożony poprzecznie na łóżku, kończyny dolne zgięte i podniesione przez pomocników tak jak przy operacyi kamienia na kroczu. V o i l l e m i e r, umieściwszy się naprzeciwko chorego, i ukleknawszy na jedno kolano, poprowadził prostym bisturem dwa cięcia łukowate okrążające guz i rozciągające się od moszen aż do odbytu, z wklęsłościami do siebie zwróconemi. W miarę posuwania się w głąb, cięcia zbliżały się coraz bardziej do cewki tym sposobem, że po odjęciu guza utworzyła się rana o powierzchniach nachylonych, w dniu zaś jej widzieć się dawała cewka obnażona na przestrzeni około 3 cm. W tej przestrzeni łatwo było odnaleźć otwór w cewce, na 5 mm. długi, w części zatkany brunatnemi i miękkimi wyrostkami. Krwawienie było nieznaczne. Ranę opatrzone suchą skubanką podtrzymywaną kompresami i opaską w kształcie litery T.

Opisanie guza. Badany gołem okiem, guz przedstawia się jako złożony z tkanki niepodatnej, miejscami natury włóknistej. Barwę ma białą-żółtawą, nawpół przezroczystą w miejscach gdzie twardość jest mniejsza. Badanie mikroskopowo dokonane zostało w 10 dni po operacyi, na skrawkach stwardnionych w wyskoku. Na cieniutkich skrawkach tkanki, zabarwionych amoniakalnym roztworem karminu, i badanych w wodzie destylowanej z dodaniem odrobiny kwasu octowego lub mrówczanego, — poznać było można, że guz składa się z nowoutworzonej tkanki łącznej, w różnych miejscach przedstawiającej budowę stosownie do wieku czyli stopnia rozwoju. W niektórych miejscach tkanka jest czysto włóknistą; istota zasadnicza przedstawia pęczki tak iż siatka z komórek złożona uwidoczni się tylko po dodaniu kwasu octowego. Siatka ta bardzo jest podobna do siatki jaką znajdujemy w śluzowatej tkance łącznej sznurka pępkowego. Wewnątrz przestrzeni gwiazdowatych daje się spostrzegać jedna lub kilka mass protoplazmatycznych zniepodobnionych. W wielu miejscach przestrzenie komórkowe łączą się za pomocą rozszerzonych wydłużeń z podłużnemi jamkami, mającemi postać rurek, które, jak się zdaje, powstały skutkiem rozszerzenia plazmatycznych przestrzeni. Jamki te zawierają wielką ilość drobnych, okrągłych ciałek (komórki zarodkowe—*cellules embryonnaires*). Nakoniec w ściankach kanałów przetokowych, grubych na 4—6 mill.; znajdujemy tkankę zarodkową (ziarninową) utworzoną z drobnych komórek stykających się ze sobą. Na ścianach przetok nie znajdujemy nic, coby przypominało pokład nabłonkowy. Guz jest mało unaczyniony i naczynia nie przedstawiają nic szczególnego.

W ciągu pierwszych dwóch dni opatrunek nasiąkał moczem, występującym w znacznej ilości z otworu w cewce moczowej. Wówczas udało się D-rowi V o i l l e m i e r wprowadzić aż do pęcherza cienką świeczkę, którą dnia następnego zamienił małym cewnikiem. Ten ostatni pozostawał tam stale i od czasu do czasu zamieniany był innym, grubszym, tak iż wkrótce można już było wprowadzić cewnik, mający 7 mm. średnicy.

Zabliźnienie postępowało regularnie z głębi ku powierzchni i ukończyło się około 13 Kwietnia. W tym czasie pozostała tylko wązka blizna, z lekka wklęsła. Chory oddawał mocz bez cewnika i z wielką łatwością. 28 Kwietnia udał się do Vincennes. 1-go Lipca V o i l l e m i e r widział go znowu; zostawał w tym samym stanie.

Jednakże z listu pisanego do mnie przez p. Curtis, dowiedziałem się, iż chory po 10 miesiącach od czasu uleczenia znów począł się skarżyć na dolegliwości ze strony urynowania i wstąpił do szpitala Pitié, do oddziału Dra Broca celem wyleczenia się z nowej przetoki kroczonej. Nie mogąc wtedy go widzieć, później po wypisaniu się jego ze szpitala jużem go nie mógł znaleźć.

Pomimo licznych poszukiwań, nie udało mi się powiąść dokładnych wiadomości o całej tej sprawie. Pewną jest rzeczą, że chory zażądał całkiem wprowadzanie świeczek do cewki, i tym sposobem nie zapobiegł odnowieniu się zwężenia, co z kolei musiało spowodować powstanie przetoki.

(Dalszy ciąg nastąpi).

Statystyka lekarska powiatu Grójeckiego

za rok 1873

zebrał Władysław Lipiński, lekarz tegoż powiatu.

(Ciąg dalszy).

Według urzędownie zebranych wiadomości, zbiory w powiecie były następujące: pszenicy 24947 korecy, żyta 82002, jęczmienia 8841, owsa 93695, kartofli 192007, buraków cukrowych 51186 korecy.

Z chorób epidemicznych mieliśmy: ospę naturalną (*variola vera*) i cholere azyatycką (*cholera asiatica v. indica*).

Ospa naturalna pojawiła się jeszcze w Listopadzie 1872 r., na rok 1873 pozostało chorych 9; w pierwszych miesiącach tegoż roku ospa rozszerzyła się szybko po całym powiecie, z wyjątkiem miasta Grójea, w którym były wypadki ospy złagodzonej (*variolois*) i wietrznej (*varicella*). W ciągu tegoż roku przybyło chorych 895, zatem wszystkich chorych na ospę było 904 (1,9⁰/₀), z których zmarło 300 (33,2⁰/₀) a wyzdrowiało 604 (66,8⁰/₀). Ostatni chory wyzdrowiał 17 Maja i od tej daty nie było już więcej żadnego wypadku ospy rodnej. Stosunek zmarłych na ospę do ogólnej liczby chorych ma się jak 1:3,01. Największy procent chorych był w gminach: Jasieniec (4,5⁰/₀) i Promna (6,4⁰/₀) a najmniejszy w gminach: Lipie (0,6⁰/₀) i Rykały (0,05⁰/₀). Największy procent śmiertelności, odnośnie do liczby chorych, był w gminach: Komorniki (63,3⁰/₀ t. j. 58 zmarłych na 93 chorych) i Błędów (42,3⁰/₀ t. j. 33 zmarłych na 78 chorych) a najmniejszy w gminach: Konie (12,8⁰/₀ t. j. 9 zmarłych na 70 chorych) i Lipie (4,7⁰/₀ t. j. 1 zmarły na 21 chorych). Znaczny procent śmiertelności w gminach: Komorniki i Błędów, przypisać należy tej mianowicie okoliczności, że właśnie w tych gminach zdarzały się często wypadki ospy krwawej v. czarnej (*variola haemorrhagica*). W ogóle, epidemia ospy była bardzo silną i zabójczą, szczególnie dla ssawców, z których zaledwie 20⁰/₀ przychodziło do zdrowia. Z drugiej strony, epidemia trwała przez całą zimę i wiosnę t. j. w takim czasie, w którym opieka nad chorem i dotkniętymi wszelkimi ostremi zakaźnymi wysypkowymi chorobami, powinna być daleko większą niż podczas lata; szczególnie cierpią na tem dzieci biednych rodzin, u których niedostatek materyalny wyradza obojętność a po większej części niemożność zachowania odpowiednich higienicznych przepisów. Wiele też nie tylko dzieci lecz i starszych osób, już w okresie podsychnania uległo przeziębieniu i umierało wskutek zapalenia płuc lub choroby Brighta. Przebieg choroby był ciężki i długi, u niektórych chorych, już po wyzdrowieniu, rozwijało się charłactwo (*cachexia*), tworzyły się ropnie (*abscessus*) i wrzedzianki (*furunculus*) na rozmaitych okolicach ciała a przeważnie na głowie i grzbiecie i zapalenia gruczołu przyusznego (*parotitis*). Przebieg ospy czarnej był bardzo szybki, od początku zaraz występowała bardzo silna gorączka z charakterem adynamicznym, z zupełnym upadkiem sił (*collapsus*), nieprzytomnością a u mniejszych dzieci z drgawkami, następnie występowały drobne sinawe plamki, jak w durzycy wy-

sypkowej, i tworzyły się guziczki i pęcherzyki napełnione brudno-czerwonym płynem, pojawiało się moczenie krwią (*haematuria*) lub też krwawa biegunka, niekiedy obfite krwotoki płucne lub z nosa i chory ciągle będąc w stanie nieprzytomności, umierał w 5 lub 7 dniu choroby. Podczas szczepienia ospy ochronnej (które z powodu epidemii, wcześniej niż zwykle rozpoczęte zostało) sprawdziłem wielokrotnie fakt, że u osobnika noszącego już w sobie zarazek ospowy, po zaszczepieniu mu ospy ochronnej, zawsze powstawała ospa naturalna, chociaż przy szczepieniu nie było jeszcze żadnych objawów zarażenia, nadto, że na miejscu szczepionem, niezależnie od powstania ospy naturalnej, w wielu wypadkach, tworzyły się piękne krosty ospowe i u takich przebieg choroby był lżejszy, wysypka nie tak gęsta i ogólne natężenie objawów chorobowych mniejsze.

Epidemia cholery azyatyckiej, która pojawiła się w m. Grójcu powtórnie w dniu 8 Grudnia 1872 r. przeciągnęła się na 1873 nie rozszerzając się jednakże za obręb miasta i ustala zupełnie 7 Lutego tegoż roku. W tym przeciągu czasu zachorowało osób 31, z nich umarło 17, a wyzdrowiało 14.

Powtórnie w tymże roku pojawiła się cholera we wsi Kącinie (gm. Kobylin) dnia 21 Czerwca i w krótkim przeciągu czasu, rozprzestrzeniła się po całym powiecie. Ponieważ wieś Kącin należy do parafii grójeckiej, prawdopodobnie więc ludzie towarzyszący zwłokom zmarłych wskutek cholery na cmentarz grójecki, przenieśli tę chorobę do Grójca, w którym pierwszy wypadek cholery zdarzył się 28 Czerwca. W gminie Komorniki rozszerzyła się po części z osady Tarczyn (stanowiącej dla mieszkańców tejże gminy środkowy punkt interesów z powodu znajdującego się tamże urzędu gminnego i tygodniowych targów, jakoteż i kościoła parafialnego), dokąd przyniesioną została z Warszawy, po części zaś, mieszkańcy wsi (którzy są także w ciągłych stosunkach z Warszawą, dokąd wożą deski, pilowaniem których wiele wsi się zajmuje) wprost do siebie przenieśli takową z Warszawy. Za dowód może służyć ta okoliczność, że cholera srożyła się we wszystkich tych wsiach, których mieszkańcy trudnią się tarciami desek i wożeniem tychże do Warszawy. Z Grójca i z gminy Kobylin prawdopodobnie cholera rozszerzyła się na te miejscowości gmin: Belsk, Lipie i Jasieniec, których mieszkańcy mieli stosunki z mieszkańcami tych wsi gminy Kobylin, w których srożyła się cholera, lub też z miastem Grójec, dokąd przyjeżdżali na tygodniowe targi. Z tych rozszerzyła się na inne przyległe. Do gminy Konie została na pewno przywieziona z Warszawy. Do osady Błędów dostała się z gminy Lipie, albowiem zamtąd przywieziono do rodziny chorego na cholere żyda; słomę z woza na którym leżał chory, przywłaszczył sobie pokryjomu jego współwyznawca szklarz i wpakował w swoje łóżko, lecz nie przyniosło mu to korzyści, gdyż on, żona i dwoje dzieci pierwsi w Błędowie padli ofiarą cholery; ztąd przeniesiono ją do folwarku Błędów i do poblizkiej wsi Wilhelmo-wa. Do osady Mogielnica przynieśli ją pielgrzymi idący z Warszawy do Częstochowy; na przystanku zachorowała kobieta, miejscowy wójt ratował ją osobiście i w kilka dni potem, pierwszy w osadzie dostał tak gwałtownego napadu cholery, że w kilka godzin życie zakończył. Miejscowości leżące przy szosie wiodącej z Warszawy do Radomia a szczególnie w gminach: Komorniki, Kobylin i Belsk a także środkowy punkt m. Grójec i gmina Lipie najwięcej ucierpiały od cholery. Miejscowości bardziej odległe od wielkich traktów i dróg bardziej uczęszczanych a także leżące nad rzeką Pilicą, znacznie mniej ucierpiały: chociaż tam śmiertelność pomiędzy choremi była znaczną, lecz cholera ograniczywszy się na dwóch lub trzech wsiach, dalej się nie szerzyła.

Największy procent chorych był w gminie Kobylin (4,9%) a najmniejszy w gm. Borowe (0,4). W całym powiecie cholera grassowała w 57 miejscowościach; największa liczba zajętych miejscowości była w gminie Kobylin (14) a najmniejsza w gminach: Promna i Konie (2). W stosunku do liczby ludności, największy procent zmarłych na cholere był w gminie Kobylin (3,3%) a najmniejszy w gminie Borowe (0,2%), odnośnie zaś do liczby chorych, największy procent śmiertelności był w gminie Rykały (90,9%) a najmniejszy w gminie Jasieniec (37,8%). W całym powiecie, na 47182 dusz ludności, zachorowało na cholere 940, z tych wyzdrowiało 347 a zmarło 593.

Tym sposobem, odnośnie do ogólnej liczby ludności w powiecie, zachorowało 1,9%, z nich zmarło 1,2%; odnośnie zaś do liczby chorych, procent śmiertelności wynosi 63%.
(Dalszy ciąg nastąpi.)

Wiadomości bieżące.

— O wpływie chloroformowania rodzących na płód, przez Dra ZwEIFla w Strasburgu (Berl. Klin. Woch. N. 21. 1874).

W zwyczajnych wypadkach nie wywiera na rodzące żadnego złego wpływu odurzenie chloroformem; wątpliwem jest jednakże czy chloroform nie działa niepomysłnie na płód znajdujący się w macicy. Dubois utrzymuje, że wśród chloroformowania matki przyspiesza się tętno sercowe płodu. Nie widziano nic nieprawidłowego na noworodkach, i tak też przeszło do książek położniczych jako prawidło, że chloroform w żaden sposób nie zaburza zdrowia dziecka, jeśli się środka tego nie używało przez kilka godzin i przytęm nie utrzymywało rodzące w jak najgłębszym odurzeniu. W ogóle stwierdziło się także przez doświadczenie to mniemanie.

Autor znalazł w kilku wypadkach, po zastosowaniu chloroformu podczas porodu, żółtaczkową barwę u dzieci, przyczem się nie dało wysledzić żadnej osobnej choroby. Jak wiadomo, dowiódł Leyden i inni, że w moczu chloroformowanych znajduje się barwik żółciowy. Żółtaczka jednakże jest tak częstą chorobą u noworodków i przyczyny jej są często tak ciemne, że autor w tych wypadkach nie przypisywał chloroformowi wystąpienia żółtaczki. Przy tych poszukiwaniach poznał przypadkiem, że w powietrzu wydechowem dziecka, które wydobyto podczas odurzenia matki chloroformem, w kilka godzin po porodzie dał się wyczuć zapach chloroformu. Tem spostrzeżeniem zadziwiony starał się obiektywnie dowieść, czy chloroform przechodzi do płodowego krążenia krwi; metodą zaś najlepszą w tym celu było wyszukanie chloroformu w samem łożysku.

Z tego powodu dokonał następującego badania:

Poród miał miejsce dnia 15 Marca wieczorem; ponieważ części przodującej nie dało się wysledzić i części płciowe były za dotknięciem nader bolesne, zachloroformowano rodzącą mniej więcej tylko ua 15 minut, celem oszczędzenia jej bólów przy śledzeniu. Później nie użyto wcale chloroformu, nawet przy wyciągnięciu za nogi, które się później okazało koniecznem. Od zachloroformowania aż do wydalenia łożyska upłynęła mniej więcej godzina. Łożysko włożono zaraz do szczelnie zamykającego się naczynia, oczyściwszy je poprzednio z krwi. Dnia 16 rano rozchodził się z zawartości naczynia bardzo wyraźny zapach chloroformu, a badanie dokonane tego samego dnia dało zupełnie zadawalniający rezultat. Badanie zaś łożyska w fizyologiczno-chemicznym instytucie prof. Hoppe-Seylera dowiodło jak najdokładniej obecność chloroformu.

Również badając mocz dziecka stwierdził autor, że chloroform wdechnięty przez matkę przechodzi do płodowego krążenia krwi i że dziecko, w macicy się znajdujące, przy chloroformowaniu matki popada także w odurzenie chloroformowe.

Ponieważ środki odurzające są w innych razach przeciwwskazane u dzieci, to ważnem dla akuszera jest pytaniem, jaki stopień odurzenia jest nieszkodliwym dla dziecka.

— Jako nadzwyczaj skuteczny środek, aby pijawki ssaly chętniej, zaleca pewien aptekarz dodać do wody, w której się znajdują pijawki, nieco wina tokajskiego, i to na jedną pijawkę mniej więcej kroplę. Inne jakie wino albo w ogóle płyn, zawierający wyskok, okazałby się może tak samo skutecznym, wszakże przewyższa je pod tym względem wino tokajskie z powodu wielkiej ilości cukru, jaką posiada (Apotheker-Zeitung, N. 19. 1874).

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 (nowy 1), mieszkania Nr 6.

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