

Wychodzi zeszyta-  
mi miesięcznymi.

**Cena** w Warsza-  
wie: rocznie rs. 4.—  
pół-rocznie rs. 2.—  
kwartalnie rs. 1.

# PAMIĘTNIK

Redakcyja przy ulicy  
Nowy - Świat  
Nr. 1247 (61),

**Cena** na Prowincyi  
w Cesarstwie I za  
granicą: rocznie rs.  
5; półrocz. rs 2 k. 50

TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO.

Zeszyt 3.

Wrzesień

1869.

## CZYNNOŚCI

### TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO.

#### POSIEDZENIA OGÓLNE.

#### Posiedzenie 13-e, dnia 6 Lipca 1869 r.

Prezes: kol. B r o d o w s k i.

**TREŚĆ.** Przyjęcie protokołu posiedzenia poprzedzającego. — 2 Nadesłane dzieła dla Biblioteki. — 3. Przedstawienie na członka. — 4. Mela. sarcoma bulbi oculi, kol. Brodowski. — 5. O retrowakcynacyi (koll. Dorantowicz i Przystański. — 6. Wyśięk pleurytyczny pod wpływem ściśniętego powietrza wchłonięty) kol. Brodowski (Wincenty). 7. Trzy operacye plastyczne kol. Kosiński.

I. Protokół z posiedzenia poprzedzającego odczytano i przyjęto.

II. Nadesłano dla Biblioteki:

1. Протоколъ собранія Харьковскаго Медицинскаго Общества 29 Марта 1869 г. Nr. VII

2. Протоколъ засѣданія Кавказскаго Медицинскаго Общества 17 Марта 1869 г.

3. Медицинскій Сборникъ издаваемый Кавказскимъ Медицинскимъ Обществомъ. N. 17. 1869 г.

Pam. T. L. W., t. LXI.

54

Biblioteka Główna

WUM

www.dlibra.wum.edu.pl

4. Протоколь годичнаго засѣданія Кавказскаго Медицинскаго Общества. 5 Апрелья 1869 г.

5. Архивъ Судебной Медицины, годъ пятый. N. 2 Июнь 1869 г.

III. Kol. Szokalski składa pracę Dra Benni pod tytułem „Recherches sur quelques points de la gangrène spontanée par Charles Benni etc,“ i przedstawia jęj autora na Członka czynnego Towarzystwa. Kandydaturę popiera kol. Brodowski, kol. Malcz podejmuje się zdania sprawy z rzeczonęj pracy.

IV. Kol. Brodowski badał pod drobnowidzem nowotwór (melanosarcoma) którego rysunek przedstawiony był przez Dra Talko z Tyflisu na poprzedzającym posiedzeniu. Szło o rozstrzygnięcie jaki był punkt wyjść no wotworu. Kol. B. przekonał się że takowym była naczyniówka (chorioidea) i że w masach czarnych wewnątrz gałki ocznej, komórki liczne były w stanie stłuszczenia i rozpadu, podczas gdy na zewnątrz gałki ocznej zmian regresyjnych w komórkach dostrzedz nie można było. Był to zatem Melanosarcoma bulbi oculi z początku intraoculare, a później extraoculare, który się składał przeważnie z komórek podobnych do komórek zabarwionych naczyniówki.

V. Kol. Dorantowicz w kwestyi o przeszczepieniu ospy, podniesionej na poprzedzającym posiedzeniu, dodaje ze swęj strony że po zaszczepieniu wakcyny nie obserwował o wiele silniejszej gorączki, ale za to przebieg jęj był powolniejszy gdyż dopiero 11-go dnia krosta dochodziła do tego stopnia rozwoju do jakiego dochodzi dnia 8-go przy zwyczajnym sposobie szczepienia.

W tejże kwestyi kol. Przysztanski odczytuje co następuje:

Na przeszłym posiedzeniu niektórzy z Kolegów zabierali głos oskarżając limfę retrowakcynowaną. Nie będąc obecnym na temże posiedzeniu nie mogłem oponować, dziś więc występuje w tęg kwestyi.

Wiele bardzo okoliczności wpływa na normalny lub anormalny przebieg wakcynacyj, i tak:

1. Sama operacya szczepienia na pozór tak nie znacząca ma ogromny wpływ na przebieg i objawy towarzyszące wakcynie; można bowiem zrobić małe powierzchowne nacięcie (mówię tu o szcze-

pieniu za pomocą nacięć, jako najczęściej używanem i w wielu wypadkach tylko możliwem) i z tego po wprowadzeniu jadu ospowego p wstanie nie wielka pustuła ospowa, lub też nacinając większą powierzchnię lub głębięj, jad ospowy stykając się z większą powierzchnią tkanek więćej drażliwych, a może nawet powierzchnią naczyń kapillarnych przeciętych musi wywołać większe pustuły, musi powodować większe zapalenie otaczających i sąsiednich tkanek i tym sposobem przy przyjaznych dla siebie warunkach rozprzestrzenić się na dalsze nawet części. Wyżej stawię szczepienie przez wprowadzenie limfy ospowej pod naskórek i bodaj że tą drogą postępując rzadziej spotykalibyśmy się z silniejszym stanem zapalnym. Jednak i w podobnym wypadku nawet u krów zdarzają się przy szczepieniu chorobliwe zjawiska, dowodem czego jest świeży wypadek opowiadany przez kol. Mülhausena na posiedzeniu Komitetu czasowego ospowego, że u jednej z krów szczepionych w Szpitalu Dzieciątka Jezus po zaszczepieniu rozwinęło się znaczne zapalenie wymienia, które nawet dotąd niewiem czem się ukończyło; jaka zaś przyczyna tego patologicznego zjawiska nie mogę decydować.

Nic dziwnego że wprawa w szczepieniu gra nie obojętną rolę; zacząwszy od Jennera wielu lekarzy z naciskiem mówią o konieczności umiejętnego szczepienia ospy ochronnej. Nie chcę ja pod tem zdaniem rozumieć samęj manipulacyi szczepienia, (rękoczynu), ale mam na myśli akt szczepienia wzięty w całej swęj rozciągłości; to jest, ściśłą charakterystykę rzeczywistęj i normalnej pustuły ospowej, jęj przebieg, jój anomalie i patologiczne zmiany, retrowakcynacyę, poznanie rozmaitych wysypek zdarzających się u krów, zdradliwych podobieństwem swem do ospy naturalnej i tak dalej. Pożądaniem ja sądzę byłoby, gdyby młodzież akademicka w Instytucie specjalnym szczepienia ospy czerpała szczegółowe wiadomości i doświadczenie, które później każdy prawie z nas lekarzy własnem doświadczeniem zdobywać musi.

2. Wprowadzenie w świeżą rankę większęj lub mniejszęj ilości limfy ospowej nie jest rzeczą obojętną. Ostrość jadu ospowego jest bardzo wielką, nie znamy go dotąd specjalnie, ale zarazek ten szybko rozprzestrzenia się, dowodem zaś panujące epi-

demie ospowe na ludziach, które widocznie u krów takim samym sposobem rozszerzają się. Tu wspomnieć muszę że w czasie retrowakcynowania miałem już dwa wypadki, w których po zaszczepieniu kilku krowom ospy, reszta obory w krótkim czasie podlegała ospie. Zbyt mało faktów tych nie dają mi jeszcze prawa do wyrobienia wniosków o tym przedmiocie. Wracając do przedmiotu wprowadzania w organizm jadu ospowego podnoszę kwestye dotąd ostatecznie nie rozwiązane; jakiej potrzeba ilości jadu ospowego aby wprowadzoany w organizm zabezpieczyć mógł na całe życie od przyjęcia zarazy ospowej? czy potrzebna większa czy mniejsza reakcyja organizmu aby zaszczepienie odpowiadało celowi? i nakoniec czy siła odczynu wpływa na utrwalenie w organizmie owego profilaktycznego zbawczego processu ochrania-  
nia od zarazy ospowej?

3. Czystość i dobroć limfy ospowej, stanowi przedmiot nadwzyczaj ważny; doświadczenie przekonywa że ze szczepieniem wprowadzać możemy nowe choroby w organizm szczepionych. Pustuły ospowe jeżeli nie okazują w największej dokładności wszystkich charakterystycznych oznak normalnej wakcyny, przeszczepione, albo wywołują patologiczne zjawiska, albo nie chronią od zarazy ospowej, albo na koniec limfa z onych nie przyjmuje się. Trzeba więc znajomości przedmiotu tak teoretycznego jako i praktycznego, i nie dziwny się że dziś tak często spotykamy powtarzanie się ospy u osób szczepionych, że wiara ogółu zachwiana, bo nie wyczerpaliśmy do dna wiedzy tego przedmiotu: i tak: Instytut szczepienia ospy, instytucya tak ważna dla ogółu, nie jest u nas w mieście urządzona według wymagań nauki, iustytut taki według mnie nie powinien mieścić się w szpitalu, gdzie panują ciągle zarazy rozmaitego rodzaju, gdzie powietrze nie może być dostatecznie czystem, gdzie że tak powiem ściany przesiąkłe zarazkami; ospa ochronna rozdzielana i rozsyłana po kraju nie może być produkowaną na podrzutkach, ale winna być zbieraną z wielką oględnością i ścisłością naukową z dzieci zdrowych, których rodzice są znani i naocznie o zdrowiu przekonani. Nacisk szczególny kładę na punkt ten, będąc przekonany że i Współkoledzy zechcą podtrzymać moje przekonanie. Szczepienie limfy rodniej i retrowakcynacya jest szczytem reprodukcji wakcyny,

jeżeli wypełnionem bywa według prawideł nauki. Są rozmaite wysypki u krów które niekiedy przyjmują za ospę naturalną, Dr W i b e r g, M a r s o n, prof. H e r i n g i inni opisują ośm rodzajów fałszywej ospy u krów; probowane szczepienie limfą onych, albo się nie przyjmuje albo wywołuje groźne patologiczne zjawiska, silne sapałenie różowe około pustułów, obrzękłości gruczołów podpachowych, głębokie owrzodzenia i tak dalej, więc i tu potrzebna dokładność i znajomość przedmiotu. Retrowakcynacja jest najdostępniejszą, lecz i ta wymaga metodycznego działania; większa ostrość limfy retrowakcynowanej wymaga niektórych obserwacji, jako to nie robić nacięć obszernych, nie więcej jak dwa na jednej ręczce, i tak dalej, i wtedy nie przyczynia żadnych szczególnych zjawisk, a przeprowadzona przez parę generacji zupełnie daje prawidłowe pustuły. W miesiącu bieżącym szczepiłem prosto z krów dzieciom ciepłą limfę na wsi, i miałem przebieg wakcyny nadzwyczaj lekki.

4. Samo indywiduum u którego szczepimy ospę ochronną przedstawia warunki które nawet przy zachowaniu ściśle powyżej wyjaśnionych prawideł wpłynąć mogą na rozwinięcie się pewnych nienormalnych zjawisk towarzyszących przebiegowi wakcyny, i tak:

a) Wiek dziecięcia; wiadomo z przykładów że u dzieci bardzo młodych zaszczepionych, w skutek delikatności skóry ospice (pustuły ospowe) w dziesięć dni nie tylko nie podsycają ale przechodzą w owrzodzenie, towarzyszy im zapalenie różowe całego ramienia a niekiedy i róża przechodząca na inne części ciała i powodująca śmiertelne zejścia, i dla tego między prawidłami szczepienia liczy się, aby zbyt młodym dzieciom ospę ochronną nie szczepić.

b) Czułość i drażliwość większa lub mniejsza skóry, są bowiem indywidua u których zadrażnienie, przecięcie skóry, nie tylko przyczynia silniejsze krwawienie, ale połączone bywa z zapaleniem sąsiednich tkanek; u innych zaś skaleczenia i obrażenia głębsze przy nieprzyjaznych nawet warunkach goją się bez żadnych ważniejszych objawów.

c) Usposobienie że tak nazwę ropiaste, wybitne bywa u niektórych osobistości. Każdy z lekarzy w praktyce swój spo-

tyka osobistości skłonne nienormalnie do objawów ropiastych, nic więc dziwnego że u takich indywiduów wprowadzenie jadu ospowego przyczynia silniejszy process zapalny, i z nim idące przedłużone ropienie lub nawet owrzodzenie. Tu dodać winniemy, co niejako stwierdza zdanie moje o usposobieniu ropiastem, że dziś coraz bardziej rozpowszechnia się zdanie, poparte gorliwie przez Pirogowa i wielu innych lekarzy, że rozmaite zarazki sporadycznie mogą wytwarzać się w samym ustroju naszym bez widocznego przynajmniej udziału przyczyn zewnętrznych tak fizycznych jako i chemicznych; przypuszczają i uznają ropnicę samoistną, ostrą gruźlicę i tak dalej — są więc pewne w ustroju warunki które ułatwiają wytwarzanie się owych samoistnych zarazków i ten właśnie dotąd ściśle nauką nieokreślony stan pragnę uważać za usposobienie ropiaste.

5. Przyczyny zewnętrzne drażniące, jakoto natarcie, skrobanie, uderzenie lub inne tym podobne, mogą spowodować silniejsze zapalenie i obostrzyć przebieg pustuła ospowych.

6. I nakoniec wielkiej doniosłości jest w przebiegu wakcynacyi, genius epidemicus morborum, charakter chorób jak widzimy każdorocznie przyczynia nowe cechy onym, sprawia że pewne choroby w jednej porze roku są lekkie i przemijają przy dyetycznych przepisach, to znowu komplikuje choroby, wywołuje większą śmiertelność, nic więc dziwnego że genius epidemicus może wpływać na przebieg wakcynacyi; sprawdzamy to i w terazniejszym czasie, róże częste, stan w ogóle chorób nosi na sobie charakter zapalny, więc i wakcyna charakteryzuje się temi cechami (<sup>1</sup>). Jeśli przebieg ran po operacyach chirurgicznych uwydatnia się tymże charakterem, wtedy jeszcze jaśniej wyjaśni się ten przedmiot. Na wsi widocznie mniej jasny jest ten charakter chorób, u dzieci bowiem szczepionych przezemie tak prosto z krów jak i z rączek przebieg wakcyny bywa lekki i prawidłowy.

Mając to wszystko na względzie niepodobna potępiająco sądzić o limfie retrowakcynowanej, która zasłużyła już na oby-

---

(<sup>1</sup>) Epidemie podobne panowały, podobny przebieg wakcyny bywał nie jest pierwszy.

watelstwo w medycynie; nie ona rzeczywiście i jedynie przyczynia ten ostrzejszy przebieg wakcynacji, ale rozmaite wpływy i okoliczności, a bodaj najwięcej ta ostatnia, to jest charakter chorób w dzisiejszym czasie panujących.

Kol. D o r a n t o w i c z robi uwagę że nieuzasadniony jest zarzut jakoby w Szpitalu Dzieciątka Jezus zbierano ospę z podrutków. Tak nie jest, zbierają ospę z dzieci z miasta przynoszonych do szpitala które kol. M ü h l h a u s e n z pomiędzy najzdrowszych wybiera i których matki pieniądze wynagradza za zezwolenie na zbieranie ospy z ich dzieci.

Kol. P r z y s t a ń s k i utrzymuje że sam był świadkiem szczepienia i zbierania ospy z dzieci na sali szpitalnej będących.

Kol. D o r a n t o w i c z sądzi że kol. P r z y s t a ń s k i się myli i że to były dzieci szpitalne którym ospę szczepiono, z których jednak jęj nie zbierano, choćby wyjątkowo i w samym szpitalu mogłyby się znajdować dzieci zupełnie zdrowe z których zbierać ospę by można.

Kol. S z o k a l s k i. Słyszał jak przeciwko lymfie z ospy przeszczepionej podniosło się kilka głosów. Z dzieci taką lymfą zaszczipionych dwoje umarło z wrzodów gangrenowych i róży, inne wyzdrowiały po przebyciu bardzo ciężkiej choroby. Posądzano wyłącznie tylko ospę. Kol. S. podziela zdanie kol. P r z y s t a ń s k i e g o że inne warunki wpływają na tak niepomyślny przebieg ospy zaszczipionęj. Sam bowiem zaszczipiał krowiankę dzieciom cokolwiek starszym i bardzo dobrze wszystko się udało.

VI. Kol. B r o d o w s k i (Wincenty). Wiadomo Szanownym Kolegom że w *Gazecie Lekarskiej* niejednokrotnie wspominałem o tem iż pod wpływem ściśniętego powietrza wysięki znajdujące się w jamie opłucnej wsysają się bardzo prędko.

Dotychczas w zakładzie moim, z wysiękami w opłucnej leczyło się osób 80 i z takowęj liczby tylko trzech chorych opuściło zakład bez skutku, a to mianowicie dla tego że nie mieli cierpliwości dłużej się leczyć jak tylko dwa tygodnie, a wszyscy inni opuścili zakład przyszedłszy do zupełnego zdrowia.

Chory którego mam zaszyt przedstawić Szanownym Kolegom jest Dr Roman który przed czterma tygodniami przybył

do mnie o poradę i znajdował się w stanie następującym: wzrostu miernego, blady, osłabiony tak, że ledwo mógł przyjść do mnie nie zważając na to że tylko o parę domów mieszka od Zakładu mego, uskarżał się na duszność i ból głowy, i ogólne osłabienie; od chorego dowiedziałem się że przed 9-a tygodniami wskutek przeziębienia dostał bólów spazmatycznych w krtani, górnej części klatki piersiowej i w żołądku, następnie gorączki, nazajutrz czuł się osłabionym, gorączka mniejsza, bóle spazmatyczne pozostały te same a nawet powiększały się przy śmiechu, mówieniu; na prawy bok położyć się nie mógł. Oddech częsty powierzchowny i utrudniony, oprócz tego do takowego stanu dołączył się kaszel flegmisty, bezsenność; nawet przy użyciu morfiny, nie mógł więcej sypiać jak tylko 1 do 2 godzin na dobę, apetytu wcale nie miał; wskutek tego chory czuł że siły codziennie go opuszczają. Nasz chory zewnątrz stosował środki odciągające, a wewnątrz używał morf. i kali acet. Ale takowe środki najmniejszego nie zrobiły skutku; poradzono choremu użyć leczenia ściśnięciem powietrzem. Przy badaniu znalazłem klatkę piersiową z prawej strony rozszerzoną, odstępy międzyżebrowe wypukłone. Klatce piersiowej brak drżenia, przy opukiwaniu odgłos tępy z przodu od 2-o żebra, wątroba wystaje z pod łuków żebrowych na 2 palce. Przy wysłuchiwaniu na przestrzeni stłumienia nie słyhać żadnego szmeru oddechowego, z tyłu tylko między łopatką i kręgosłupem słaby oddech oskrzelowy. U góry i ze strony zdrowej głośny oddech pęcherzykowy (resp. puerp). Przy tem oddech powierzchowny i liczba odetchnień 28 na 1", tętno 100, chory może wetchnąć powietrza 60 c. sz.

Rozszerzenie klatki piersiowej, osunięcie wątroby, brak drżenia klatki piersiowej, było dowodem że mamy do czynienia z wysiękiem w jamie opłucnej prawej strony.

Po trzech posiedzeniach odbywających się codziennie przez dwie godzin oddech stał się głębszym, pojemność płuc 70 c. sz. p po 5-u posiedzeniach odgłos przytępiony rozpoczynał się od 4-o żebra odetchnień 24 pojemność płuc 90 c. sz. p. tętno 55, apetyt większy, sen zawsze nie dobry. Po 10-iu posiedzeniach prawie połowa wysięku wessała się, odetchnień 22, pojemność płuc 95 c.



sz. p. tętno 80. Anemia zmniejszyła się, sen się poprawił, bo chory mógł sypiać 5 godzin bez przebudzenia się. Stanu gorączkowego nie było już wcale. Po 20 posiedzeniach wysięk zupełnie się wessał, odetchnień 18 na 1", tętno 75, pojemność płuc znacznie się zwiększyła bo doszła do 130 c. sz. paryzkich.

W takim stanie mam zaszczyt przedstawić chorego, a Szanowni Koledzy mogą się przekonać że w tak krótkim czasie pod wpływem ściśnionego powietrza zupełnie wessany został tak znaczny wysięk opłucnej przyczem ogólny stan chorego znakomicie się poprawił.

VI. Kol. K o s i ń s k i w ciągu ostatnich kilku miesięcy, miał sposobność wykonania w Szpitalu Ujazdowskim trzech operacyi plastycznych na twarzy. Przyczyną do tych operacyi były raki nabłonkowe z których jeden był usadowiony na nosie, drugi na wardze dolnej, trzeci na wardze dolnej, kącie ust i policzku. Ostatni chory nie mógł być dziś przyprowadzonym na Towarzystwo, dlatego kol. K o s i ń s k i przedstawi tylko dwóch pierwszych. Jeden z nich, nazwiskiem Slusiński, liczy 42.lat wieku; rak u niego zajmował na lewej stronie skrzydło nosa, podstawę jego aż do korzenia i w części przechodził na policzek. Dla wynagrodzenia straty płat został wzięty z czoła, mostek zaś przechodził koło kąta wewnętrznego oka, był wązki ale zawierał w sobie tętnicę tamże przebiegającą. Płat został przszyty za pomocą 16-u szwów i po 8-u dniach zrosł się zupełnie. Z początku zdawało się że będzie potrzeba wyciąć później mostek stanowiący niekształtną wyniosłość; wyniosłość ta jednak z czasem sama się wygładziła. Kol. K o s i ń s k i robi uwagę że zdaniem najznakomitszych operatorów dla zapewnienia żywotności mostka tenże niepotrzebuje być szerokim, a tylko pamiętać należy by nie był po zeszcyciu płatu napiętym; w przeciwnym razie nawet najszerszy uledek musi zgorzeli. W obecnym wypadku nie było żadnego naprężenia w mostku i temu to przypisać należy zupełne udanie się operacyi.

Drugi operowany dotknięty był rakiem nabłoniakiem wargi dolnej, który zajmował  $\frac{2}{3}$  zewnętrzne jęj części ze strony lewej. Po wycięciu raka, kol. K o s i ń s k i użył metody własnego pomysłu dla zapelnienia powstałej ztąd straty. Z obu stron

szpary ustnej poprowadził cięcia półkoliste wklęsłością ku wewnątrz zwrócone które górnym końcem poczynały się koło dolnego brzegu skrzydła nosa, dolnym zaś kończyły się na bruzdzie wargo-bródkowej (sulcus labio-mentalis). Tym sposobem utworzone dwa płaty zbliżył do siebie i zeszył brzegami wewnętrznymi, brzegi zaś ich zewnętrzne zeszył ze skórą policzka. Ponieważ ta ostatnia przedstawiała brzeg dłuższy aniżeli odpowiedni brzeg płata, musiała być ułożoną w fałdy, które w kilka dni po operacji same się wyrównały. Szwy użyte były jedwabne, Kol. Kosiński bowiem nie używa szwów metalowych trzymając się ostatniego zdania prof. Langenbeck'a który zauważył że przy szwach jedwabnych ropienie nie jest wiele większe a do wyjęcia są znacznie łatwiejsze. Przy operacjach plastycznych szwy nie powinny nigdy długo pozostawać, należy je odejmować na drugi a najdalej na trzeci dzień, inaczey przychodzi róża która skutek operacji zniweczyć może; dlatego po tych operacjach szwy jedwabne są najwłaściwsze. U operowanego przedstawionego Towarzystwu usta przedstawiają się kształtne, brzeg wargi dolnej pokryty błoną śluzową jest cokolwiek krótszy od odpowiedniego brzegu wargi górnej, co zresztą tylko przy bliższem badaniu dostrzedz się daje.

Na tem posiedzenie ukończono.

Dr W s z e b o r.

---

## Posiedzenie 14-e dnia 20 Lipca 1869 roku.

Prezes kol. B r o d o w s k i.

---

TREŚĆ. 1. Przyjęcie protokołu. — 2. Przedstawienie na Członka korespondenta. — 3. Ocenienie dzieła „Rys praktycznej Otiatrii“ kol. Szokalski.—4. Wypadek sekcyi zmarłego na lymphosarcoma, kol. Brodowski. — 5. Nadanie Drowi Słowikowskiemu tytułu Członka Honorowego.

I. Protokół posiedzenia poprzedzającego po odczytaniu przyjęto.

II. Kol. Bruner składa w darze broszurę Dra Ferdinanda Fleckles (junior) lekarza zdrojowego w Karlsbadzie, pod tytułem „Die Jndicationen für den Gebrauch der Thermen von Carlsbad“ 1869 r., i zarazem autora jój przedstawia na Członka Korespondenta Towarzystwa. Kandydaturę popiera kol. Szokałski, a kol. Portner podejmuje się zdania sprawy z przedstawionój pracy.

III. Kol. Szokałski odczytuje następujące ocenienie dzieła p. t. „Rys praktycznej Otiatrii“ przez Bronisława Taczanowskiego, lekarza praktykującego w Warszawie:

Dzieło pod powyższym napisem, 212 str. in 8<sup>o</sup> majori zawierające, wydrukowane bardzo starannie i 30-a pięknymi drzeworytami ozdobione, z podwójnego względu na naszą zasługuje uwagę: naprzód jako pierwsze dzieło o chorobach uszów wyszłe w języku naszym, a potem jako pierwsze kompletne ogniwo Biblioteki Umiejętności lekarskich. Biorąc do ręki sumienną tę pracę spodziewaliśmy się, iż autor zechce nam wszystkie części Otiatrii we właściwych swych proporcjach wystawić, idąc za wzorem PP. Meunier i Bonafont we Francyi lub znanego dzieła Kramer'a w Niemczech, tymczasem inną idzie on drogą. Chorobom ucha zewnętrznego poświęca 4 tylko strony, chorobom przewodowi zewnętrznego usznego 48, chorobom jamy bębenkowej 120, a chorobom ucha wewnętrznego 20; wyraźną więc jest rzeczą, że autor ucho środkowe głównie ma na względzie, a inne części ucha traktuje pdrzędnie i o tyle tylko, o ile mu one posłużyć mogą do objaśnienia głównego przedmiotu swojego zajęcia. Takowa, że tak rzekę, stronność dla środkowego ucha, jakkolwiek bardzo usprawiedliwiona ważnością przedmiotu, szkodzi nie pomалу całości wykładu, a usprawiedliwia się jedynie tylko obecnym stanowiskiem Otiatrii w Niemczech, na którym stanął także nasz autor bezwzględnie na nasze własne naukowe potrzeby.

Na zachodzie Europy Otiatria nie jest wcale nowością, lecz dała się w wysokim stopniu wyprzedzić przez inne gałęzie nauk lekarskich a mianowicie przez Oftalmologję, która w owych właśnie czasach kolosalne zrobiła postępy. Wykrycie wszelako nowych sposobów badania, udoskonalenie wzierników, oraz wprowadzania rurek do trąbki Eustachijusza, zastosowanie auskulta-

cyi do rozpoznawania chorób usznych, postępy Fizyologii ucha, które mianowicie Helmholtz'owi zawdzięczamy, badania nad fizyologiczną i patologiczną Anatomiją ucha, które głównie PP. Toynbee i niez mordowanemu na polu Otiatrii Tröltsch'owi winniśmy, pozwoliły znaczny krok naprzód uczynić, który się właśnie najgłówniej odnosi do środkowego ucha, dotąd niesłuchanie zaniedbanego. Rzeczone Otologii postępy nie pozostały bez wpływu, i zwróciły na się uwagę niemieckich lekarzy a to do tego stopnia, iż liczba otiatrów znakomicie zaczęła się powiększać, i dawała się coraz więcej uczuwać konieczność obrachowania się z jedną stroną z nowoczesnym nabytkiem, a z drugiej pogodzenia go ze stopniem dawniejszej wiedzy. W tym celu Tröltsch w r. 1862 zaczął dla specjalistów w Würzburgu osobny kurs wykładać, i ogłosił później swoich 25 prelekyi, nadając im tytuł: *Die Krankheiten des Ohres, ihre Erkenntniss und Behandlung, ein Lehrbuch der Ohrenheilkunde.*“ Rzecz naturalna, że w owém dziele Tröltsch główny kładzie nacisk na ucho środkowe, gdyż ono względnie do tego co dawniej było znajome, najwięcej wymagało objaśnień, ale jego *Lehrbuch* nie jest bynajmniej systematycznym wykładem chorób ucha, czyli raczej tym, co Niemcy *Handbuch* nazywają. Otóż ten *Lehrbuch* P. Taczanowski wziął na wzór do dzieła, którem naszą literaturę obdarza. Wielce mu za to podziękować winniśmy, lecz większe bez porównania miałyby prawo do wdzięczności naszej, gdyby zechciał zbadać bliżej nasze miejscowe potrzeby i uwzględnić zupełne nasze na polu Otiatrii ubóstwo.

Nie ma wątpliwości, że autor większą oddałby nam usługę, gdyby był inny jaki systematyczny podręcznik wziął za przewodnika i dopełnił go tém, co najnowsze wykazało postrzeżenie, i wyłożył w ten sposób choroby słuchowego przyrzędu, iżby nieobeznany zupełnie z Otiatriją czytelnik mógł się z nią obeznąć i do dalszego pracowania na jój polu zachęcić. Jakkolwiek bądź w zakresie, jaki autor sobie założył, cel zamierzony w zupełności jest osiągnięty przez jego pracę, szkoda tylko, iż zrozumienie i korzystanie z niej wymaga już po czytelniku przygotowania, jakiego mu wyłącznie prawie zagraniczna tylko literatura jest w stanie dostarczyć. Styl dzieła jest jasny i zwięzły, język po-

prawny a nawet godzien naśladowania, — jest nadzieja, że autor nie poprzestanie na tém pierwszym swém wystąpieniu i godnie reprezentować będzie u nas specjalność, która w świecie naukowym zaczyna zajmować ważne stanowisko, a której potrzeba w praktyce lekarskiej coraz wyraźniej czuć się nam daje.

Sądzę, że pomimo ogólnego kierunku, którego doniosłość względnie do potrzeb naszych wytknąć się ośmieliłem, praca P. Taczanowskiego ważnym jest w literaturze naszej nabytkiem, i że Towarzystwo Lekarskie Warszawskie nie mało zyska, przyjmując do swego grona kolegę znanego z swój pracowitości i naukowego zamiłowania, który w gronie naszym godnie nam Ołiatryję przedstawi.

IV. Kol. B r o d o w s k i przypomina że przed kilkoma tygodniami Kol. K o s i ń s k i przedstawił Towarzystwu chorego z ogromną naroślą na szyi. Kol. K. nie chciał go operować z zasady że guz uznał za Lymphosarcoma który w następnych okresach rozwoju staje się złośliwym, przechodzi z guzoczków na inne tkanki a nawet uogólniać się może. Chory zatem pozostawiony został własnemu losowi, starano się tylko o przyniesienie ulgi w jego cierpieniach. Guz nieprzestawał wzrastać. Na parę tygodni przed śmiercią chory doznał trudności w poruszaniu kończyn dolnych, (paresis), które przeszło niedługo w zupełne porażenie (paraplegia) nareszcie wystąpiły objawy asfyktyczne wśród których chory życie zakończył. Sekcja na jego zwłokach dokonana przez Kol. B r o d o w s k i e g o wykazała zwyrodnienie mięśni szyjowych wszystkich gruczołów pacierzowych i głębokich szyi; po gruczołach z obu stron kręgów szyjowych będących, spuścił się nowotwór do śródpiersia tylnego (mediastinum posticum) a w części i do przedniego (m. anticum) ztąd rozszerzał się na opłucną, na błony rzekome pleurytyczne. Przy stosie kręgowym nowotwór długo w gruczołach się nie zatrzymywał, gruczoły tu bowiem zaledwie tak wielkie jak ziarnko grochu szablatego lub bobu, zrosłe już były z tkankami otaczającymi. Ztąd po tkance łącznej towarzyszącej nerwom, nowotwór przeszedł do stosu kręgowego, i pomiędzy 8 i 9 kręgiem piersiowym dostał się do kanału kręgowego gdzie zwyro-

dnił oponeę twardą i naciskając na mlecz stał się przyczyną porażenia kończyn dolnych (paraplegia).

Badany pod drobnowidzem nowotwór okazał się być złożonym z drobnych, okrągławych komórek bardzo mało co większych od zwyczajnych komórek gruczołowych i z niewielkiej ilości tkanki międzykomórkowej, co rozpoznanie Kol. Kosińskiego go zupełnie stwierdziło.

V. Kol. Sekretarz stały przypomina że w połowie przyszłego miesiąca przypada 50 letni jubileusz Dra Sławickowskiego z Krakowa, członka korespondenta naszego Towarzystwa. Wnosi by w uznaniu zasług naukowych tego uczonego posłać mu dyplom na członka honorowego.

Wniosek Kol. Szokalskiego zostaje jednomyślnie przyjętym.

Na tem posiedzenie ukończono.

Dr. W s z e b o r.

# PRACE ORYGINALNE.

---

## Porównawcze badania rozmaitych operacji, zalecanych przeciw ocieklinom żylnym (varices).

przez Doktora Medycyny  
**Jana Minkiewicza**  
z Tyflisu.

### II.

## Wycięcie żył (excisio).

(dokończenie).

Pierwszem i najstalszem zjawiskiem objawiającem się po obnażeniu żyły, podwiązaniu jój i wycięciu części między węzłami, *było oddalenie się tych ostatnich od siebie w skutek skurczenia się żyły*. Ponieważ ścianki żył obfitują we włókna podłużne elastyczne i mięśniowe, żyły więc powinny się więcej kurczyć w kierunku podłużnym niż poprzecznym. Stopień tego kurczenia się był rozmaity stosownie do stopnia i własności obnażenia żył, a także miejsca podwiązania. Co do obnażenia, postępowałem rozmaicie a) albo podwazywałem żyłę zachowując pochwę zewnętrzną i potem wycinałem lub przecinałem żyłę; b) albo pozbawiwszy żyłę pochwy zewnętrznej nawiązywałem węzły to po środku części obnażonej, to na granicy t. j. gdzie się zatrzymał wolny brzeg pochwy zewnętrznej.

Dla uwidomienia wyników, ułożyłem tablicę z liczb wyżej podanych.

№.	NAZWA ŻYŁ NACZYŃ.	ODLEGŁOŚĆ MIĘ- DZY WĄZŁAMI.		Skurczenie się żył z obu końców.	Odległość między wężłami po śmierci.	Kiedy dokonana operacya.	Kiedy po śmierci dokonany rozbiór zwłok.	UWAGI.
		Przed wycię- ciem.	Po wycię- ciu części żyły.					
I.	Ż. szyjowa lewa zewn.	0,03	0,041	0,011	„	31 Grudnia	Autopsia nie zrobiona.	
	„ „ „ „ „ prawa „	0,039	0,045	0,006	„	1862 r.		
II.	Ż. szyjowa zewn. prawa	0,031	0,043	0,012		5 Stycznia	20 Lipca	Zwierzę żyło
	„ „ „ „ „ lewa	0,018	0,033	0,015		1863 r.	1864 r.	18 1/2 miesięcy
III.	Żyła udowa prawa	0,02	Nie wymierzono w skutek krwotoku.		0,048	11 Stycznia	10 Czerwca	Zwierzę żyło
	„ „ „ „ „ lewa	0,008	0,025	0,0165	0,011	1863 r.	1866 r.	przeszło 3 lata.
	Ż. szyjowa zewn. lewa	0,02	0,027	0,007		13 Czerwca		
	„ „ „ „ „ prawa	0,022	0,03	0,008		1863 r.		



IV.	Ż. szyjowa zewn. lewa	0,025	0,04	0,015	14 Stycznia 1863 r.	Autopsia nie zrobiona.
	„ „ „ prawa	0,017	0,032	0,015		
V.	Ż, szyjowa zewn. lewa	0,021	0,031	0,010	25 Lutego 1863 r.	1 Maja 1863 r.
	„ „ „ prawa	0,016	0,035	0,019	0,05	
	Ż. udowa lewa	0,011	0,017	0,006	19 Stycznia 1863 r.	1 Maja 1863 r.
	„ „ „ prawa	0,011	0,02	0,009	0,026	
VI.	Ż. szyjowa zewn. lewa	0,015	0,03	0,015	19 Stycznia 1863 r.	6 Września 1866 r.
	„ „ „ prawa	0,014	0,017	0,003		
	Ż. udowa lewa	0,005	0,011	0,006	22 Czerwca r 1863	
	„ „ „ prawa	0,001	Nie wymierzona	0,018		
VII.	Tętnica udowa lewa				6 Lutego r 1863.	Autopsia nie zrobiona.
	Żyła udowa lewa	0,004	0,013	0,009		
		A.	B.	C.	D.	E.

Zwierzę przeżyło 3 lata, i 7<sup>1</sup>/<sub>3</sub> mies.

Zwierzę przeżyło 3 lata, i 2<sup>1</sup>/<sub>2</sub> mies.

Przecięcie żyły.

Następujące robimy wnioski z téj tablicy:

1. Bezpośrednio po wycięciu i przecięciu, największe skurczenie się każdego końca żył szyjowych zewnętrznych, pozbawio. nych pochwy zewnętrznej, wynosiło 0,009, najmniejsze 0,003 średnie zaś 0,005. Średnie skurczenie się żyły szyjowej zewnętrznej nie pozbawionej swojej pochwy wynosiło 0,004. Największe skurczenie Ż. udowej było 0,002, najmniejsze 0,005, średnie 0,019.

2. Nie zważając na różną długość wyciętej części żyły, skurczenie się końców górnego i dolnego było prawie jednostajne (patrz C. D.). Tak w 1-em doświadczeniu odległość między węzłami Ż. szyjowej prawej 0,038; w doświadczeniu zaś piątym odległość między węzłami Ż. szyjowej zewnętrznej lewej 0,011; tymczasem skurczenie się końców wynosiło w obydwóch razach 0,003. Również jednostajnie skurczyły się żyły szyjowe zewnętrzne lewe w doświadczeniach drugim i czwartym, na 0,0075, lubo w obu razach wyciąłem część żyły różnej długości. W żyłce udowej w 4 razach skurczenie było jednostajne 0,003—0,004.

3. Wymierzenie po śmierci odległości między węzłami (F) przekonało, że ona była większą niż bezpośrednio po przecięciu.

Liczyby wyżej podane, ugruppowane i wywody z nich wynikające zdaje się dostarczają dużo ważnych danych do rozwiązania kwestyi możności odrodzenia się wyciętej części żyły.

Jeślibym nie zrobił ani jednego wymiaru po śmierci odległości między węzłami, to same liczby seryi A i B tablicy, byłyby dostatecznie wskazywały, jeśli nie na zupełne niepodobieństwo, to na trudność bardzo wielką odrodzenia się zniszczonej części żyły. Badanie trupów psów operowanych przekonało, że odległość między wyciętymi końcami żył była większą, a więc trudność restauracyi całości żyły staje się jeszcze większą.

Pytamy jaką drogą powinno się poczynić odrodzenie żyły, czy z końców jéj, czy też w przestrzeni między niemi? Zwolennicy możności odrodzenia się wyciętej części dla poparcia swoich poglądów zmuszeni są robić rozmaite przypuszczenia. Tak nowo powstająca tk. bliznowa powinna prędzej sformować się i mocniej stwardnieć, niż taż sama tkanka znajdująca się tam, gdzie

się zatrzymały końce żyły przeciętej, dlatego aby, posiadając własność kurczenia się, zbliżyć do siebie końce i tem ułatwić ich połączenie, i umożliwić powrót krwi obiegu. Do tych warunków sprzyjających odrodzeniu się dodać należy skutek ciśnienia słupa krwi na ślepe końce żyły (Cul-de sac).

Pod wpływem ciśnienia krwi, *vis a tergo*, końce żył powinny się wydłużać, do siebie się zbliżać, a zbliżywszy się połączyć (?). Co się tyczy odrodzenia części żyły pierwotnie w tk. bliznowej i następnie połączenie się z końcami przeciętymi, myśmy nie znaleźli u zwolenników odradzania się dostatecznego objaśnienia.

Przeciwko tym wywodom teoretycznym my stawiamy dane przekonywające, że nie tylko końce przeciętych żył z sobą się nie zbliżają, ale przeciwnie się więcej oddalają od siebie, a zatem zmniejsza się możność bezpośredniego połączenia końców przeciętej żyły. Samo przez się rozumie się, że zapalenie w tem miejscu, gdzie się zatrzymają końce przeciętej żyły będzie mniejsze niż na środku rany, gdzie się operowało, gdzie było większe zadrażnienie, dla tego końce żyły prędzej przyrosną na nowem miejscu do otaczających tkanek. Blizny te tu prędzej się sformują i ztwardnieją, — i pierwój staną się środkiem przyciągania właściwiój zaś rozciągania blizny. One będą opierać się skurczeniu się średniej części blizny, przybliżającemu przecięte końce żyły.

Co się tyczy wpływu, ciśnienia krwi z tyłu (*vis a tergo*) to ono jest tylko możebne na peryferycznych końcach żył t. j. w dolnym albo tylnym końcu żyły udowej i w górnym, przodowym ż. szyjowej. W części żyły bliższej do serca tego wpływu być nie może, one zwężają się ku sercu. Doświadczenia rozmaitych experymentatorów i nasze osobiste podczas pierwszej pracy, a także spostrzeżenia patologiczne przekonywają, że skoro w jakiej żyły będzie utrudnionym bieg krwi lub zupełnie ustanie, to krew odszukuje dla siebie nowe drogi bardziej dogodne, rozszerzając bliższe naczynia żyłne, i tem zmniejsza skutki ciśnienia krwi z tyłu, *vis a tergo*, na to miejsce, gdzie się znajduje przeszkoda. Budowa anatomiczna żył sprzyja łatwiejszemu rozszerzeniu ich, niż to się dzieje z tętnicami. Koniczne zakończenie

końców przeciętej żyły, tam gdzie nie było węzłów, poczęści także zależy od zmniejszonego ciśnienia z tyłu, dołu, w przeciwnym razie ono powinno być by być zaokrąglone.

Co do zarzutu, jaki mogą nam zrobić zwolennicy odrodzenia się in toto wyciętej części żyły, że właśnie nasze metaliczne węzły stawały na przeszkodzie do odrodzenia się, tamując normalny bieg tej sprawy, wskazać możemy na postrzeżenie N. III w którym widzimy, że pomimo to, iż węzeł zsunął się w czasie operacji, z żyły która nie była podwiązana, po śmierci jednakże na dolnym końcu nie było *ślądu odrodzenia*, nie znaleźliśmy aby nowe naczynie poczynało się z końca żyły. Sądząc, że węzły metaliczne znajdując się na końcach żyły po części przeszkadzały wzajemnemu ich oddalaniu się. Wreszcie sam prof. B. L a n g e n b e c k w tym przypadku, który on cytuje, podwiązał żyłę w 2 miejscach, i część między węzłami zawartą wyciął, po mimo to jednakże twierdzi, iż żyła się odrodziła.

Jużesmy wyżej powiedzieli, że żyły cieńsze z większą trudnością zwyciężają przeszkody w nich napotykanne, dla tego też one łatwiej się rozszerzają. Ta własność mianowicie przyczynia się do tego, że krew żylna napotkawszy opór, przeszkodę w zyle, kieruje się do bliższych większych i mniejszych gałęzi, rozszerza je do tego stopnia, że wiele z nich w stanie prawidłowym zaledwo widzialne, później stają się dużemi. Otóż właśnie te rozszerzone gałęzie, jeśli się znajdują w pobliżu wyciętej części, szczególnie zaś jeśli zachowują kierunek równoległy do tych części, przyczyniają się do pomyłek, łatwo bowiem uważać je jako odrodzoną żyłę.

Pomyłka podobna najłatwiej się zdarzyć może po wycięciu górnej części żyły udowej i v. saphenae, gdzie do tylnej ścianki ż. udowej wlewa się kilka mięśniowych mniejszych gałęzi. Zwracamy uwagę na to, że w węzle wielu żył łatwo można wziąć jedną za drugą żyłę, małą gałąź za odrodzoną. Za pomocą sposobu podanego przez nas do sprawdzenia odseparowując całą powięź powierzchowną (f. superficialis) — przekonaliśmy się że gałęzie żyłne znajdujące się w nowopowstałej tk. łącznej, na miejscu operowania, między węzłami, łączyły się z dawniejszemi gałęziami rozszerzonymi, formując siatkę z drobnych naczyń.

Własność żył zachowywania bardziej prostego kierunku zapewne nie pozostaje bez skutku na to, że i rozszerzone gałęzie również będą zachowywały mniej lub więcej równoległy kierunek do wyciętej części żyły; to także może spowodować, że rozszerzona gałąź będzie uważana jako odrodzona, szczególnie jeśli się rozszerzyły żyły pod węzłami, lub w pobliżu ich.

Anastomozy żył pod kątem należą do najzwyczajniejszych form, cośmy obserwowali i w naszych przypadkach. W tych razach kąty były dość ostre i dla tego to nowe żyły, i właściwie zaś więcej rozszerzone dawniejsze, zachowały kierunek dość równoległy. Ta okoliczność także ze swojej strony powiększa możność, łatwość pomyłki uważania więcej rozszerzonej żyły jako odrodzonej.

Zwracamy uwagę na dołączone rysunki dostatecznie objaśniające i uwidomijące sposób uregulowania się obiegu krwi między wyciętymi końcami żył i dla czego się łatwo pomylić.

Z naszych doświadczeń robimy następujące wnioski.

1. *Jeśli część żyły na 0,001—0,039 długa będzie wycięta, to odrodzenie tej części naczynia in toto nie nastąpi z przeciętych końców, które oddalwszy się od siebie zblizniają się od dzielnie, przyrastają do części sąsiednich; przytem wskutek utrudnionego obiegu krwi — do ściunek żyły wlewające się gałązki, w zwykłym stanie nieznaczne, często ledwo widzialne — do tego stopnia rozszerzają się, że ze swojego położenia, stosunków, łatwo mogą prowadzić do błędnego wniosku iż wycięta część całkiem się odrodziła.* Tu powtarza się toż samo zjawisko, to samo prawo, które się obserwuje przy obliteracji wielkich żył, głównej dolnej, biodrowej wewnętrznej i t. p. że żyły dawniej mało znaczące mają postać niby siatki nowopowstałej między zasłonkami żyłami uda i ścian brzucha.

2. *Doświadczenia nasze N. N. V, VI, VII, przekonują, że wycięcie i przecięcie żył jednostajnie warunkują oddalenie się końców przeciętej żyły w skutek ich kurczliwości <sup>1)</sup>*

---

<sup>1)</sup> Malgaigne także mówi, że przecięcie żyły i wycięcie (resectio) działają jednakowo, — a więc niema powodu istnienia ostatniej operacji str. 121. *Manuel de méd. oper.* 1861.

Podawszy poniżej moje doświadczenia i wnioski z nich przytoczę teraz zdania innych uczonych, o ile pozwalają środki i źródła naukowe jakie posiadamy tu w Tyflisie, porównam je z mojami aby z większą pewnością rozwiązać pytanie co do odrodzenia się wyciętej części żyły. Zaczynam od najdoświadczeńszego z chirurgów, a) ś. p. Velpeau, który przed 20 laty powiedział: Rozcięcie, nawet zupełne przecięcie żył nie przeszkadza do przywrócenia ich ciągłości (continuité) i zachowania ich przewodzalności (permeabilité) <sup>1)</sup>. Tamże on mówi, że ponieważ żyły często bywają zygzakowate, szczególnie w stanie żylakowym (varicositas) to się łatwo rozumie, że ich przecięcie może nie sprawić skurczenia się żył <sup>2)</sup>. W klasycznym jego dziele chirurgii operacyjnej znajdujemy, że jeśli po przecięciu żyły końce będą się z sobą stykały, to one mogą znowu się zrosnąć, znowu będzie przywróconą całość żyły, <sup>3)</sup> i cel operacji nie będzie dopięty. W tem zdaniu Velpeau wyraźnie się wymówił o warunkach zrośnięcia się przeciętej żyły. Na skurczenie się końców żyły nie zwracał żadnej uwagi, jak to widać i z tego, że po przecięciu żyły, zapobiegając jój zrośnięciu się, radził wkładać do rany między końcami żyły, najwięcej szarpia <sup>4)</sup>. Na posiedzeniu Towarzystwa chirurgicznego Paryżkiego d. 19 Marca 1862 r., Velpeau mówiąc o radykalnym leczeniu żylaków i trudności obliteracji żył powiedział. „Widziałem chorych cierpiących na rozszerzenie żylakowe żył, u których one były wycięte na znacznej przestrzeni, pomimo to jednakże *żylne ociekliny* powróciły. Widziałem drugi przypadek niezwykły, który może być uważanym jako nieprawdopodobny, ja z ś przekonałem się o jego rzeczywistości. Chory miał ociekliny żylne na dolnej odnodze które zostały wycięte na wysokości wyrostków. Rana się zagoiła, ale w 15 l. wycięta część odrodziła się i ociekliny żylne nie były

---

<sup>1)</sup> Manuel d'anat. chirurg. gén. 1857 Bruxelles str. 51.

<sup>2)</sup> l. c. str. 54.

<sup>3)</sup> Nouveaux élém. de méd. oper. Ed. 5. Brux. 1840 T. 1 str. 404.

<sup>4)</sup> Tamże str. 407.

wyleczone )“ . Na temże posiedzeniu były wypowiedziane zdania wbrew przeciwnie. Broca co następuje odpowiedział: „Velpeau podał, że wycięta część żyły znowu się odrodziła, zachowując swoją przeprowadzalność (permeabilité). Pojmuję tę pomyłkę, którą sam długo podzielałem. Sądzę, że niepodobna przypuścić możności odrodzenia się wyciętej żyły. Badania *Verneuil* o ocieklinach żylnych niszczą wszelką wątpliwość pod tym względem. Najczęściej, chora żyła zjawiająca się na powierzchni skóry odnogi dolnej i na której się znajdują ociekliny, bywa uważaną jako v. saphena, tym czasem rzecz się ma inaczej. Verneuil udowodnił, że to są nowe kollateralne rozszerzone gałęzie zachowujące kierunek v. saphenae. Rozpatrując się w preparatach, które *Verneuil* oddał do museum Dupuytren, łatwo się przekonać o słuszności tego zdania, tego spostrzeżenia. I tak czy nie były owe nowe ociekliny, powstałe po wycięciu, o których wspominał *Velpeau*, skutkiem rozszerzenia pobocznych żył?

Przeciw opiniom *Velpeau* występował także i Dr. *Blot*, który zauważył, że twierdzenia *Velpeau* nie były dość przekonującymi, ponieważ nie zostały stwierdzonymi rozbiorami pośmiertnymi. Wysłuchawszy wszystkie zdania wypowiedziane na owym posiedzeniu za i przeciw odrodzeniu wyciętej części żyły i zarostaniu ich, *Velpeau* wyrzekł — Je fais donc appel à de nouvelles recherches, à des examens plus sevères.

Rozmaite zdania wypowiedziane na posiedzeniu Towarzystwa chirurgicznego d. 19 Marca 1862 r. przemawiają na korzyść naszych wywodów. Pomimo najszczerzego szacunku naszego dla nauczyciela naszych nauczycieli i osobiście naszego, ś. p. *Velpeau*, sądzimy że on się mylił, co się potwierdza wyrazami wyżej przytoczonymi na zakończeniu rozpraw. Sam *Velpeau* przypadek, gdzie po upływie 15 lat odrodziła się wycięta żyła, uważał jako niezwykły, który może zdać się nieprawdopodobnym. Zarzut zrobiony przeciw temu przypadkowi przez Dra.

---

\*) Bull. de la societe de chirur. de Paris pendant l'année 1862, série II T. III str. 139 i dalsze.

B k o t, że on nie był stwierdzony pośmiertnem badaniem jest bardzo ważnym. B l o t w swoich dowodach szczególniejsię opierał na badaniach V e r n e u i l'a przekonujących że krew spotkawszy w żyłę przeszkodę, odszukuje dla siebie drogę przez inne bliższe większe i mniejsze poboczne gałęzie, i tak je rozszerza że łatwo może być jedna z nich wzięta za wyciętą.

Nasze bezpośrednie doświadczenia ze swojej strony nietylko stwierdzają że odrodzenia nie chywa, ale i w jaki sposób przywraca się obieg krwi między wyciętymi końcami żyły, i w jaki sposób można się pomylić wzięwszy kollateralną gałąź za niby odrodzoną część żyły (patrz rysunek).

b) B é g i n mówiąc o przecięciu żyły powyżej ociekliny także radzi, w celu zapobieżenia zrosnięciu się przeciętej żyły, położyć między końcami jak najwięcej szarpai, aby pooddalać te końce i zapobiedz ich zrosnięciu się. Końce te powinny oddzielnie się obliterować, zrosnąć z blizną <sup>1)</sup>).

c) L i s f r a n c, nie będąc zadowolony z przecięcia, radzi wycinać część żyły, aby końce te, usunawszy się pod brzegi rany i będąc znacznie oddalone od siebie były ochronione od wpływu powietrza.

d) Teraz oceńmy zdanie drugiego głównego obrońcy odrodzenia się wyciętej części żyły, prof. B. L a n g e n b e c k a, jednego z najlepszych chirurgów niemieckich. W swojej bardzo nauczającej rozprawie, Beiträge für chirurgische Pathologie der Venen <sup>1)</sup>), mówi: W ogóle zdolność żył do odrodzenia się jest bardzo znaczną i może uformować się zupełnie nowy kanał żylny, jeżeli w skutek podwiązki lub wycięcia będzie zniszczony nawet wielki kawał żyły. W jednym przypadku u młodego człowieka cierpiącego na mocne ociekliny żyły zaskórnój golenio-udowej wewnętrznej (v. saphena) extyrpowałem rozszerzoną żyłę na 3 cale, podwiązałem górny i dolny końce. Po roku znalazłem w okolicy blizny nowy żylny kanał grubości wroniego pióra, łączący między sobą oba końce zupełnie

---

<sup>1)</sup> B é g i n — Nouveaux élém. de chirurgie et de médecine opér. T. 1. p. 379—380. Edit. 2. 1838.

<sup>2)</sup> Archiv für Klinische Chirurgie T. I, p. 47.



przepuszczające (v. saphenae, welcher die beiden Enden der vollständig wegsam gebliebenen Saphena wiederum verbunden hatte). Fakt ten odrodzenia wyciętej żyły podany przez tak doświadczonego chirurga jest przeciwny naszym doświadczeniom i pozor nie ma za sobą nie wątpliwą słuszność, gdyż był stwierdzony po śmierci. Pomimo naszego szacunku dla Prof. B. L a n g e n b e c k a, sądzimy że się pomylił. Wszystkie nasze doświadczenia są przeciwnie jego twierdzeniu. Ponieważ to twierdzenie wypowiedziane jest kategorycznie przez taki autorytet, pozwolę sobie zgrupować niektóre fakta przemawiające na korzyść moich wywodów.

W ogóle Prof. B. L a n g e n b e c k mówiąc o skutkach przecięcia żył powierzchownych, szczególniejszą zwraca uwagę na zapadnięcie ścianek żył, a nie na kurczenie się ich podłużne, jako na główny moment przy dowolnem tamowaniu się krwi żylnój. I tak mowi: „że codzienne spostrzeżenie po przecięciu żył powierzchownych, naprzykład ręki, pokazuje że się one wnet zapadają skoro będą przecięte i że żyły na górnjej odnodze leżąc między powięzią a skórą, i będąc bardzo ruchliwemi, lekko ustępują z miejsca i zapadają się, skoro zostaną poprzecznie przecięte“. Sądzę że od jednoczasowego skurczenia się wzdłuż i co do objętości t. j. zapadnięcia się, zależy prędkie zatrzymanie krwotoku z żył. W całym artykule Prof. L a n g e n b e c k, mało zwraca uwagi na podłużne kurczenie się przeciętych żył, okoliczność nader ważua dla ocenienia kwestji możności odradzania się.

Porównajmy a) liczby wskazujące długość wyciętych części w naszych przypadkach i w przypadku Langenbecka; b) Czas dzielący moment operacyi i śmierci; c) nareszcie przyłączymy w jaki sposób odnawia się krwiobieg między wyciętymi końcami żyły.

a) Co się tyczy odległości między przeciętymi końcami żył, to u L a n g e n b e c k a ona wynosiła 3 berlińskie cale albo  $78\frac{2}{3}$  mil <sup>1)</sup>). W naszych zaś przypadkach między przeciętymi i skurczonymi końcami bezpośrednio zaraz po operacyi odległość ta wynosiła 0,045-0,011. Po śmierci zaś, gdzie były zrobione

<sup>1)</sup> l. c. str. 17, 19.

autopsie, odległość między węzłami równała się 0,05-0,018. Porównawszy te liczby z liczbami Langenbecka widzimy, że w naszych przypadkach przestrzeń dzieląca końce przeciętych żył była daleko mniejszą, łatwiej więc było się odrodzić, pomimo to jednakże ani razu nie odrodziła się wycięta część żyły. Myśmy naumyślnie wycinali jak najmniejszą część żyły, a nawet li tylko ją przecinali, aby odległość zrobić między końcami mniejszą, a tem powiększyć szanse sprzyjające odrodzeniu się, jednakże ani razu nie znaleźliśmy odrodzonej żyły wyciętej. Zda się nam, że porównanie tych liczb dostarcza ważnych dowodów przeciw tym co twierdzą o możności odrodzenia się.

b) Prof. Langenbeck mówi, że po roku już znalazł odrodzoną żyłę. *Myśmy nie znaleźli nawet po 3 latach.* W naszych przypadkach czas dzielący dzień dokonania operacji i badania po śmierci, trwał od roku jednego do lat trzech, I te liczby i te porównania również dostarczają ważnych danych przeciw teorii możności odrodzenia się. Im bowiem więcej upłynęło czasu między wycięciem i zbadaniem, tem więcej powinno istnieć szans do odrodzenia. Doświadczenie zaś zbija to przypuszczenie.

c) Nasze doświadczenia i dołączone rysunki szematyczne wykazują w jaki właśnie sposób Prof. Langenbeck i drudzy chirurgowie mogli się pomylić. W zwyczajnym stanie nie duże, zaledwo dostrzegalne gałęzie poboczne, wlewające się do ścianek końców przeciętej żyły, rozszerzając się wskutek utrudnionego obiegu krwi, lub zupełnego jego zatamowania, łączą się z podobnemiż anastomotycznemi sąsiednimi tętnami, wlewającemi się do drugiego końca. One to właśnie mogą być uważane za niby odrodzone. Prof. Langenbeck powiada, że wycięta część żyły u wyżej wspomnianego chorego była daleko cieńszą od normalnej wyciętej żyły. Jeśli mogła się odrodzić żyła in toto, to dla czegoż odrodzona część miała być mniejszą, węższą od normalnej? On nic nie mówi z kąd wychodziła nowo odrodzona wążka żyła, czy ze środka końca jéj, lub też z boków pod ostrym kątem? Malgaigne przytacza fakt, że przed operacją bardzo często przez omyłkę rozmaite gałęzie by-

ły uważane pro v. saphena interna <sup>1)</sup>). Jeśli łatwo się można pomylić przy normalnym stanie żył, przed operacją, naturalnie po wycięciu łatwiej jeszcze się można pomylić w tej anatomicznej okolicy, gdzie operował Prof. L a n g e n b e c k. Ponieważ on wyciął tak znaczną część żyły, to do rany otwierało się dużo sąsiednich mięśniowych gałęzi wlewających się do tylniej lub pobocznej ścianki wyciętej części żyły. Mogło się więc zdarzyć, że jedna z tych żył, lub od połączenia ich, powstała gałąź, była, uważana jako odrodzona.

d) W *Eléments de pathologie chirurgicale*, N é l a t o n a znajdujemy w kwestji tu nas interesującej co następuje <sup>2)</sup>). Mówiąc o poprzecznym przecięciu żył, autor przypuszcza, że przecięte końce żył czasowo tylko się obliterują, a potem znowu się łączą w skutek tego, że plastyczna limfa i skrzepy krwi obliterujące końce wsysają się i obieg krwi znowu powraca. Wnioski te oparte są na skutkach poprzecznego przecięcia żył. Ono może być dokonane albo obnażywszy je (Béclard, Velpeau), albo podskórniem cięciem. Co do 1° sposobu, jeśli Velpeau który robił tę operację, w owój dyskusji, nie był w stanie stanowczo przekonać słuchaczy, to zdaje się nam, najoczewiściej dowodzi, że on nie obserwował takiego przypadku, który by stanowczo poparł jego dawniejsze zdanie. Co się tyczy nieomyślności wniosków o odrodzeniu żył po podskórniem przecięciu ich (Brodie), szczególnie po podskórniem zastosowaniu ligatury, to sam N é l a t o n twierdzi, że żyła nie zawsze by wa przeciętą. Sądzę więc, że wnioski oparte na podobnych faktach nie przekonywają. Sądzę, że zdanie N é l a t o n a „c'est un phénomène très remarquable que le retour de la circulation veineuse par ses anciennes voies“ wyraża poniekąd pewną wątpliwość co do odrodzenia się. Jeśli by to zjawisko było tak prawidłowem, normalnem, pewno byłby on nie nazwał je bardzo niezwykłym. Jeśli ścianki żyły do tego stopnia się zmieniły, że straciły swoją elastyczność, kurczliwość

---

<sup>1)</sup> l. c. str. 122.

<sup>2)</sup> T. I. str. 529, 530.

i dla tego po przecięciu się, nie kurczą się (?), nie oddalają od siebie, to w tych razach może nastąpić zrośnięcie przeciętych końców, ale nie odrodzenie się naczynia nowego pochodzenia. Lisfranc i Ricord jakęś to już powiedzieli, nie będąc zadowolnieni z niepewnego sposobu przecięcia żył, szczególnież podskórnego, radzili wycinać części żyły, dla tego aby końce odeszły pod skórę. Z tego się pokazuje, że ci chirurgowie zwracali uwagę na podłużne kurczenie się żył, a zatem i na oddalenie się końców.

f) U Vidal de Cassis nie znaleźliśmy nic co do kwestyi o odrodzeniu się żył <sup>1)</sup>. Mówiąc o wycięciu części żyły (*excisio, resectio*) powiada, że po tych operacyach—końce żył kurczą się i chowają pod brzegami rany i tem unikają wpływu powietrza. Oczywiście że i Vidal de Cassis również zwracał uwagę na pierwsze, bezpośrednie następstwo przecięcia lub wycięcia części żyły.

g) O. Weber zwraca uwagę na kurczenie się żył co do długości i objętości po ich przecięciu i wycięciu <sup>2)</sup>

Wyżej przytoczone fakta, zebrane u rozmaitych autorów upoważniają nas do zrobienia wniosku że żaden z nich nie dostarczył niezbitych dowodów o możności odrodzenia się wyciętej części żyły.

## II.

Wpierwszj poprzedzającj części tój naszej pracy staraliśmy rozwiązać kwestyę o odrodzeniu się wyciętej części żyły.

Wtym celu podaliśmy nasze własne doświadczenia, a następnje zdania innych uczonych. Teraz postaramy się rozwiązać drugie pytanie, zadanie, o stopniu niebezpieczeństwa wycięcia żył i o ile ta operacya warunkuje powstanie tych zjawisk chorobowych które stanowią tak zwane zakażenie ropiaste, pyemia, septicemia, ichoremia?

---

<sup>1)</sup> Traité de pathologie ext. 1846 T. II str. 106.

<sup>2)</sup> Handbuch der allgem. und spec. Chirurgie von Pitha und Billroth Zweiter B. II Abtheilung, 1ste Lief. str. 98.

Po wycięciu 19 razy części żyły, u nas ani jeden pies nie zdechł od bezpośrednich skutków zapalenia żył, ani też od ropiastego zakażenia. pomimo to, że jednocześnie były robione doświadczenia na dwóch jednoimiennych dużych parzystych żyłach, przy czem zawsze prawie pozbawialiśmy je pochwy zewnętrznej i zostawialiśmy na nich metaliczne węzły. Po śmierci nie znaleźliśmy zabytków chronicznego przebiegu tej choroby (*pyemia*). Niezważając na nieznaczną liczbę naszych spostrzeżeń, one jednakże udowadniają, że *wycięcie części żyły* u psa, połączone z zastosowaniem metalicznych węzłów na końce jej, również jak i *podwiązanie żył* u rozmaitych zwierząt (patrz I nasz artykuł) nie należą do operacji *śmiertelnych* i same przez się nie wywołują *koniecznie* tak zwanego *zakażenia ropiastego*, ale do rozwinięcia się tego stanu potrzebne są jeszcze i inne postronne warunki. Te wywody nasze stwierdzili inni eksperymetatorowie, którzy robili doświadczenia na żyłach w innych celach tak przy przelewaniu krwi, przy zastrzyknieniach, poczynając od wody aż do najrozmaitszych cieczy drażniących.

Pytamy się czy można te wywody bezwarunkowie zastosować do człowieka? Czy to nie zależy od własności ustroju psa opierać się rozmaitym podrażnieniom większym? i że od tego u nich tak rzadko rozwijają się objawy ropiastego zakażenia? Aby rozwiązać tę kwestyę poszukajmy danych w statystyce chirurgicznej i doświadczeniu. Ja sam osobiście ani razu nie wycinałem części żyły u człowieka, *V e l p e a u* mówi: obwiniałbym chirurga jeśli by w ranie po amputacyi niezałamował krwotoku żylnego podwiązując żyłę <sup>1)</sup>. W ranie uszkodzenia ż. szyjowej wewnętrznej, przy operacyi podwiązania tętn. pierwotnej szyjowej, nie wiedziałbym, mówi on, czy podwiązać uszkodzoną żyłę, czy też udać się do tamponacyi. Zdaniem *Boyer'a* wycięcie ociekliny z zawiązaniem końców (*Galenus, Paul d'Égine*) można tylko stosować chcąc oddać duże, zwyrodnione bolesne ociekliny żyłne. Wycięcie części żyły, lub rozcięcie połączone z ligaturą końców jej, często robił w Anglii *E w. H o m e*, we Francyi *B é c l a r d*.

---

<sup>1)</sup> l. c. p. 395 401 i następne.

Physick, Dersey, często operowali tym sposobem, i oddają mu pochwały, szczególniej ostatni, który ani razu nie obserwował złych skutków. Smitt zaś, Travers, Oulknow, idąc w ślady Home'go, nie byli równie szczęśliwi: Briquet powiada, że ta operacya nie wywołuje groźnych objawów, gdyż na 60 operowanych przez Béclarda w Pitié niebezpieczne zjawiska były po dwakroć tylko widziane. Trudno pojąć mówi Velpeau w jaki sposób podwiązanie przeciętej żyły dobrze dokonane może sprawić silny ból i ciężec, jakto niektórzy podają, i dla czego zapalenie końca żyły bliższego do serca powinno być częstsze po tej operacyi, a niżeli po każdej innej sprzyjającej obliteracyi naczynia. Cantoni udzieliwszy 21 spostrzeżeń, z tych 4 były jego własne, inne zaś należały do Vacca, Mori, Orlandi, powiada że sprobawwszy podwiązania ligaturą, rezekcyę i wycięcie, znajduje, że ostatnia operacya najlepsze daje wypadki.

Rozcięcie ocieklin żylnych i zawiązanie ich końców *in varicoccele* było dokonywywane przez Celsa, Pawła z Eginny, Paré, Delpécha. Pomimo to że po tej operacyi pozostawała duża rana w mosznie, nie raz poczynająca się od pachwinowego przewodu, rachują 6 wyzdowień na 7 operowanych. Warren Moulima, Rima zrobiwszy duże rozcięcie w mosznie, wyciuali część żyły ocieklinowej i zawiązywali węzłami z pomyślnym skutkiem. Ostatni z nich uważa tę operacyę za lepszą. Velpeau sądzi, że przesadzone są zdania względem złych następstw po tej operacyi. Jeśli Dionis, Boyer i inni chirurgowie zaniechali tej operacyi to nie tyle w skutek rzeczywistego jej niebezpieczeństwa, jak w skutek nie zagrażających własności tej choroby. O innych sposobach używanych w celu obliteracyi żyły wspomnianych w dziele Velpeau, spodziewam się udzielić nowy szereg doświadczeń.

Nélaton podaje, że rozcięcie żyły i podwiązanie następnie jej końców i działanie odwrotne, nie tylko nie zabezpiecza od recydyw, ale zarazem usposabia do strasznych następstw. Żyła w głębi przecięta i podwiązana, mocno ściśnięta podwiązką, z łatwością się zapala, tem bardziej, że temu zapaleniu sprzyja obce ciało w ranie zostające <sup>1)</sup> kulki z szarpi rozdrażniające ranę spr-

<sup>1)</sup> l. c. str. 532.

wiają niebezpieczne, często śmiertelne rozmaite róże, zapalenie naczyń limfatycznych, połączone z obrzmieniem gruczołów limfatycznych. Prof. Nélaton te swoje twierdzenie nie poparł statystycznymi danymi. W podręczniku Vidal de Cassis my nie znaleźliśmy danych potrzebnych do rozwiązania tego pytania.

Prof. Coste z Montpellier wyluszczył narośl w okol. pachowej podwiązał żyłę bez żadnych złych skutków. (o) Collin z powodu tego podwiązania w Towarzystwie Chirurgicznym Paryżkiem powiedział, że podwiązanie żył w ranie nie sprawia tych złych następstw, o jakich dawniej mówiono. Collin po wyluszczeniu ramienia i amputacji goleni trzy razy podwiązał żyłę, i ani razu nie widział złych skutków. Larrey (ojciec) zawsze podwiązywał ż. udową wyluszczać udo, tak postępował także i Goursant przy téj operacyi dokonywanéj u dzieci i on sądził, że to zależy od ich wieku.

Demarquay zaś stracił dwóch chorych po amputacyi i dwóch po wyluszczeniu uda, u których podwiązał żyłę (?). Blandin nadzwyczaj się bał podwiązywać żyły, zdaniem jego wszystkie niepomyślnie operacye zależały od zapalenia żył. Roux który zwrócił uwagę chirurgów na niebezpieczeństwo podwiązania żż. udowéj i zaskórnéj, golenio-udowéj wewnętrznej (v. saphena), dnia 27 Lipca 1853 r. przedstawił Towarzystwu Chirurgicznemu Paryżkiemu przypadek, gdzie wyluszczywszy wielką narośl znajdującą się w okol. pachwinowéj, podwiązał żyłę udową nad i pod naroślą, pod złaniem się ż. udowéj i v. saphenae. Roux potem nie zauważył złych następstw. Ta operacya zda się być straszniejszą a priori niż jest w saméj rzeczy (1).

Blasius rekomendował wycinać ociekliny żyłne. Frick i Günther wycinali je. Ostatni robiąc często te operacye obserwował tylko przypadki zakażenia ropiastego w czasie panowania epidemii pyemicznój. Hodgson, Brechet udzielili opisu wypadku zakończzonego śmiercią po wycięciu ociekliny ż. udowéj. W ich dziele znajdujemy, że Simmons podwiązał

---

1) Bull de la soc. de chirurgie de Paris T. IV str. 35, 36.

przeciętą ż. szyjową przy wycięciu dużej narośli na szyi, i operacya się zakończyła pomyślnie. C r o s s po jednoczasowej amputacyi lewego uda i prawego ramienia podwiązał żyły i to się obešlo bez złych następstw.

Teraz przytoczę zdanie naszego czcigodnego nauczyciela P i r o g o w a względem podwiązania żył w ranach <sup>1)</sup>. „Nie rozumiem jak mogą niektórzy doświadczeni chirurgowie dzisiejsi odzywać się o podwiązaniu żył jak o operacyi niewinnéj (Neudörfer). Lubo jestem najzupełniej przekonany, że pyemia nie jest to ani zapalenie żył, ani żylny zakrzep (thrombus); ale wiem także i to, że istnieje flegbityczny pyemii gatunek; a podwiązanie żyły ligaturą więcéj sprzyja jéj rozwinięciu niż prosta rana żyły, ponieważ zakrzep w podwiązanej żyły zawsze bywa większy niż w prostéj jéj ranie. Dość powiedzieć, że wszystkie operacye, gdzie ja sam osobiście lub w mojej obecności drudzy chirurgowie podwiązywaliśmy ż. udową lub podobojczykową, nie pomyślnie się zakończyły. Na szczęście prawie zawsze podwiązania żyły można uniknąć.“

Nareszcie przytoczymy zdanie Prof. L a n g e n b e c k a względem niebezpieczeństwa rozmaitego rodzaju uszkodzenia żył, szczególniej wycięcia ich, zdanie wypowiedziane w wyżej wspomnionéj rozprawie. Uszkodzenie dużych żył, szczególniej 1-éj i 2-éj wielkości zawsze należą do bardzo niebezpiecznych uszkodzeń. Chirurg powinien bać się i najstaranniej je unikać. Nie dość, że po uszkodzeniu żył może wejść do krwi powietrze, ale uszkodzona żyła może się stać początkiem sprawy pyemicznój. Prof. L a n g e n b e c k sam jednakże mówi, iż w dwóch przypadkach krwotoku z uszkodzonej ż. szyjowej zewnętrznej musiał ją podwiązać; zejścia po téj operacyi nie podaje <sup>2)</sup>. W ogóle, zaleca szczególniej przy wyłuszczeniu narośli na szyi i na odnogach, przy krwotokach używać czasowych ligatur, zapobiegając tem wejściu powietrza do żyły. Po skończonej operacyi ligatury się zdejmują <sup>3)</sup>. Jednakże nie zawsze używa czasowój ligatury ale

<sup>1)</sup> Grund-züge der allgemein. Kriegs-Chirurgie 1864 str. 440.

<sup>2)</sup> 1. c. str. 1, 18.

<sup>3)</sup> 1. c. str. 46, 47.



czasami i stałych. W ogóle Prof. L a n g e n b e c k bardzo się boi podwiązania żył, chętniej nawet podwiązuje tętnicę dla zata-mowania krwotoku żylnego. Nigdy on nie podwiązuje żył w ra-nach po amputacjach, zwłaszcza w szpitalach. Prof. L a n g e n b e c k udzielił opisu kilku przypadków wycięcia narośli na szyi złośliwych i łagodnych, gdzie on był zmuszony część żyły wyciąć, albo przeciąć i podwiązać. Zejście po tych operacjach było ro-zmaite: pomyślne lub śmiertelne, tak w spostrzeżeniu N. 4 (fi-broid lewego obojczyka, rezekeya jego), rozciętą i podwiązaną była ż. szyjowa zewnętrzna; ż. zaś szyjowa wewnętrzna i podo-bojczykowa li tylko obnażone. W przypadku N. 13, wycięcie sarkomatycznej narośli na szyi, połączone z wyłuszczeniem ż. szy-jowej wspólnej; w przypadku N. 14 carcinoma epitheliale pra-wej strony szyi, podwiązane art. carotis i żyła szyjowa wspólna Podobnyż przypadek i na lewej stronie szyi N. 15.

Prof. O. W e b e r mówi o ranach żył, że one same przez się nie są niebezpieczne, ponieważ ścianki ich są mało usposo-bione do zapalenia. Podwiązanie pępowiny i żył zaskórnych tak się często praktykują i nie sprawiają złych zejść, co mówi na ko-rzyść tych operacji, W uporeczywych żylnych krwotokach pod-wiązanie żył zawsze pozostanie jedynym środkiem <sup>1)</sup>).

Z tego cośmy przytoczyli wypada: 1. Że zdania doświad-czeńszych chirurgów co do uszkodzenia w ogóle żył, szczególnież zaś wycięcia ich i podwiązania, nie są zgodne między sobą.

2. Że wiele chirurgów, którzy dawniej uważali uszkodzenia żył za bardzo niebezpieczne, później nabrali innego przekonania (R o u x i inni).

3. Rozmaitość sama poglądów dowodzi, że zranienie żył samo przez się, a w naszych przypadkach wycięcie i zastosowa-nie ligatur, nie warunkują koniecznie rozwinięcia się ropiastego zakażenia, i że do tego potrzebne są inne warunki. I tak i ten rząd danych stwierdza nasze wywody, jakieśmy zdobyli z naszych osobistych doświadczeń. Przypadki na których się opiera Prof. L a n g e n b e c k (główniejsze wyżej przytoczyliśmy) nie dość są

---

<sup>1)</sup> 1. c. Bd. II. 2-e Abth. str. 98 i następne.

przekonywającemi. W tych tak złożonych, ciężkich operacjach, gdzie były uszkodzone najrozmaitsze tkanki, śmierć nie można uważać jako skutek poranienia tylko żył. Również można powiedzieć, że podwiązanie żyły w ranach postrzałowych nie wywołuje koniecznie pyemii. W każdym razie ta operacja różni się od operacji dokonywanych na zdrowych żyłach, albo nawet rozszerzonych, gdyż w ranach postrzałowych ścianki żyły są stłuczone, zmienione. W nich zakrzepy łatwiej powstają. Niema przecież operacji bez uszkodzenia żył, nie wszystkie wszakże kończą się pyemią. Sama wenesekcja także dowodzi, że poranienie żył nie koniecznie wywołuje pyemię,

Stosując wywody i spostrzeżenia uczonych i nasze do operacji na ludziach, pytamy się czy można z korzyścią u człowieka wycinać część żyły i potem nakładać podwiązkę? Na to pytanie ogólne stanowczą odpowiedź sędzę dawać nie należy, ale trzeba wziąć pod rozwagę dany przypadek, stopień rozwinięcia się choroby. Sędzę, że rozwinięcie ocieklin do pewnego tylko stopnia daje możliwość operowania tym sposobem, i w ogóle zastosowania wszelkich operacji przeciw nim zalecanych. Jeśli duże żyły głębokie i powierzchowne szczególnie większe, są usposobione do ocieklin, lub jeśli nad ocieklinami istnieje, przyczyna powodująca powstanie onych a nie dająca się usunąć, sędzę że w takich razach nie należy robić operacji, gdyż z usunięciem, zniszczeniem jednej ociekliny, kollateralny krwi obieg koniecznie w innym terytorium rozszerzy żyły, co stwierdzili *Hug u i e r*, *Verneuil*. *G ü n t h e r* często robiąc te operacje przekonał się, że ociekliny powstawały w tych miejscach, gdzie dawniej ich nie było <sup>1)</sup>). Jeśli zaś ocieklina (*varix*) jest że tak powiem chorobą miejscową, zależącą od miejscowego ograniczonego cierpienia organicznego ścianek żył, a tak jest przykrą dla chorego iż on życzy ję się pozbyć, to w tym razie sędzę iż wycięcie części żyły z zastosowaniem metalicznych węzłów może być z korzyścią dokonane.

W tych przypadkach, gdzie ociekliny znajdują się na jednej nawet dużej żyłce, a inne są zdrowe, nie usposobione do sta-

---

<sup>1)</sup> *Lehre von den blutigen Operationen*, 1 Abth. str. 19, 1859.

nu ocieklinowego, sędzę że operacya wycięcia części żyły z podwiązaniem końców może być robioną na téj zasadzie, że w skutek obliteracyi żyły, krew skieruje się do wielu naczyń zdrowych i rozdzieli się między niemi. Im to rozdzielenie się będzie *bardziej jednostajne* i *stopniowe* tem skutki będą pomyślniejsze. Sędzę że właśnie te dwa warunki właściwie stanowią criterium do ocenienia sposobów operowania rozszerzonych żył.

Nam się zdaje, że daleko właściwiej w ocieklinach żył odnóg dolnych operować, szczególniej stosować ligaturę, pod ociekliną (*varix*), albo jednocześnie nad i pod nią, ale nigdy tylko nad ociekliną, ponieważ w pierwszych dwóch razach opadanie ścianek rozszerzonej żyły u człowieka będzie prostem następstwem operacyi. Ścianka żyły poniżej cie piącego miejsca, będąc zdrową mocniej będzie oddziaływać przeciw ciśnieniu a tergo i tem sprzyjać jednostajnemu rozwinięciu kollateralnego krwi obiegu. Jeśli zaś operacya będzie dokonaną powyżej ociekliny, to ciśnienie będzie większe na część cierpiącą. Łatwo się może zdarzyć, że zwykle w ocieklinie znajdujący się zakrzep pod wpływem ciśnienia a tergo jeszcze się więcej rozwinie i dojdzie do pobocznych gałęzi, i w skutek tego część jego łatwiej i prędzej może się dostać przez jedną z bliższych pobocznych gałęzi do ogólnego krwi obiegu, i do ważnych orgauów, wywołując w nich ogniska zapalne (*abs. metastatici*). Oprócz tego niewiadomo jak się zmieni zakrzep? Dla tych to powodów nie należy się starać, aby na końcu żyły był duży różnorodny skrzep krwi.

Na zmiany jakim podlega zakrzep, i w ogóle na pomyślne zejście po operacyach rozszerzonych żył u człowieka, bardzo silnie wpływa ta okoliczność, czy ligatura zastosowana po wycięciu, lub bez niego, na zdrową lub chorą ściankę żyły (*adiposis, atrophia, ossificatio*). Od tego zależy oddziaływanie miejscowe, jego skutki. Jeśli od rozdrażnienia operacyą sprawionego, rozwinię się silna miejscowa reakcyja, ropienie, rozmięknienie; to naturalnie, że to nie pozostanie bez wpływu na metamorfozę skrzepu i na cały organizm. Dla tego to lepiej, jeśli końce przeciętej lub wyciętej części żyły zarosną, a nowa powstała blizna będzie opie-

rać się ciśnieniu a tergo; z tego powodu jeśli będzie zrobiona operacja niżej rozszerzenia żyły na zdrowym miejscu, będzie więć szans do pomyślnego zejścia. Być może żeśmy niestracili w naszych doświadczeniach ani jednego psa właśnie dla tego, że operacje były dokonane na zdrowych żyłach.

---

## KRONIKA ZAGRANICZNA.

---

### PRZYCZYNEK DO NAUKI O ZAPALENIU I ROPIENIU

NA ZASADZIE NAJNOWSZYCH BADAŃ

przez Dra **E. Wenzel** z Lipska.

PRZETŁUMACZYŁ

Doktor **W s z e b o r.**

(dalszy ciąg).

Powyżej przytoczone wypadki doświadczeń i wnioski badaczów są już to ze sobą zgodne, już też wzajem się dopełniają lub stwierdzają; znalazły one jednak przeciwników w osobie Dra **D ö n i t z** i Dra **K o l o m a n B a l o g h**.

Dr **W. D ö n i t z** <sup>1)</sup> przy badaniu pod drobnowidzem lymfy świeżych krost ospowych, spostrzegł że gdy pod szkiełkiem przykrywającym badaną kroplę zatrzymany został pęcherzyk powietrza, to nieliczne jeszcze w lymfie kulki ropne zbierają się

---

<sup>1)</sup> Ueber die sogen. amoeboiden Bewegungen u. die Cohnheim'schen Entzündungserscheinungen: Arch. für Anat., Physiol. u. Wiss. Med. 1868 p. 394.

na brzegach tego pęcherzyka. Po upływie kwadransa z brzegów tych wysuwają się wypustki przezroczyste o słabych zarysach, sterczące w warstwie powietrznej pomiędzy szkiełkami podtrzymującym i przykrywającym. Widzieć można jak wzmiankowane wypustki wydłużają się i rozszerzają na swoim wolnym końcu który z siebie mniejsze wypustki wydaje; te ostatnie zaś w miarę oddalania się wystąpnionej substancji od brzegu limfy napowrót zostają wciągnięte. Niteczki cienkie któremi wędrujące ciała trzymają się jeszcze brzegu, rozrywają się ostatecznie, tak że w końcu w pewnym od tegoż brzegu oddaleniu dają się widzieć oddzielne ciała, przezroczyste, rzadko kiedy cokolwiek ziarniste, rozmaitego kształtu.

*Ciała te niezawierają ani śladu jądra*, wielkość ich jest różna, i niekiedy o wiele są większe od ciałek ropnych. Leżą wszystkie na jednej płaszczyźnie trzymając się powierzchni szkła. Pochodzenie tych ciałek ocenić się daje w tych miejscach gdzie na brzegu limfy znajdują się odosobnione kulki ropne; tu bowiem stwierdzić można że każda wypustka z kulki ropnej wychodzi. Kulka jednak ropy nie występuje z limfy, pozostaje w niej bez względu na to jaka będzie objętość masy wypuszczonej. Pod względem optycznym i mikrochemicznym ciała o których mowa zupełnie są podobne do tak zwanych białkowych kropli, lecz te ostatnie zawieszane w płynie przyjmują postać kulistą, pierwsze zaś pod wpływem przylegania do szkła są kształtu rozmaitego. Występowanie przezroczystych ciałek mogło by być spowodowanem głównie przez parowanie (wysychanie) kapilarniej warstwy płynu, gdyż ma ono miejsce na brzegach wolnych limfy i to tem mniej obficie im pęcherzyk powietrzny jest mniejszy. Mały bowiem pęcherzyk tak szybko nasycy się wilgocią, że parowanie ustać musi nim jeszcze powyższe zjawisko się wykształcić zdoła.

Zdaniem D ö n i t z a opisane przez niego zjawisko jest we wszystkich swoich szczegółach wiernym obrazem objawów zapalenia dostrzeganych przez C o h n h e i m'a a na krecze żaby, z tą tylko różnicą że tam obserwowane były białe ciała krwi, u zaś kulki ropne, że tam przenikanie odbywa się przez ścianę naczynia która tu jest zastąpioną przez spójną graniczną warstwę

płynu, kropli limfy. Według Dönitza przy zapaleniu, kulki białe krwi same przez ściany naczyń nie przenikają; to co przechodzi jest tylko napęczniałą częścią zawartości; same zaś jądra z większą częścią zawartości pozostają wewnątrz naczyń, jakkolwiek C o h n h e i m miał widzieć białe kulki z jądrami na zewnątrz naczyń wyszłe. D ö n i t z tłumaczy w ten sam sposób inne objawy ruchu białych kulek krwi już to wewnątrz naczyń, już też w kropli krwi lub ropy. We krwi obiegu wiele zmian kształtu tak czerwonych krążków jak białych kulek zależy od czysto mechanicznych wpływów, strumień bowiem działając na ciało przylegające do ściany naczyń, wyciąga je, wydłuża, zamienia w ciało kolbkowate którego szypułka jest szklistą i ciągnącą się, główka zaś składa się z substancji ziarnistej i z jąder.

Opisane przez D ö n i t z'a utwory były wielokrotnie obserwowane przez S c h k l a r e w s k i e g o <sup>1)</sup> przy poszukiwaniach nad powstawaniem krwi u żaby. Parowanie, według S z k l a r e w s k i e g o, nie może być podawane za przyczynę ich wykształcania się, gdyż odnosząc się tylko do powierzchni płynu daleko łatwiej odbywałoby się ono kosztem wolnego płynu niż kosztem ciałek krwi lub limfy otoczonych ściśle przylegającą warstwą płynu (hydrosfera). Jeśli kulki skubanki (szarpi!) włożymy do płynu, to wyschnięcie tego ostatniego ma już miejsce, gdy kulki jeszcze są wilgotne. Gdyby więc płyn wolny zupełnie wyparował, i jeśli ostatecznie niektóre cząsteczki hydrosfer się ulotniły, to zastąpione one zostaną innymi cząsteczkami płynnymi jako łatwiej ruchomymi a nie cząsteczkami samych ciałek.

Na zasadzie swoich spostrzeżeń D ö n i t z usiłuje podać nowo odkryte fata w wątpliwość a przynajmniej namawia do oględnego ich przyjmowania, zaś Dr. K o l o m a n B a l o g h w Peszcie <sup>2)</sup> robiąc obserwacje drobnowidzowe na krezce żaby doszedł do wniosków zgodnych zupełnie z dotychczasową teorią zapalenia.

---

<sup>1)</sup> l. c. p. 680.

<sup>2)</sup> In welchem Verhältnisse steht d. Heraustreten d. farblosen Blutzellen durch die unversehrten Gefäßwandungen zu der Entzündung und Eiterung? Virchow's Arch. XLV p. 19—38. 1868.

Na wystawionėj na działanie powietrza krezce żaby, B a l o g h uważał zastoje krwi już to w jednym, już to w drugim naczyniu, przyczem zwykle zatrzymywały się krążki krwi zabarwione, lecz niektóre naczynia na znacznej długość samemi kiałemi kulkami były wypełnione, zwłaszcza na miejscach gdzie się rozgałęziały. Nieudało mu się jednak nigdy zobaczyć ciała białe przenikające przez ścianę naczynia. Najczęściej strumień krwi w naczyniach sąsiednich, pobudzał ciała białe do dalszego ruchu, albo też zbijały się one w massy ziarniste, częstokroć rozpadające się i tem przywracające wolny przepływ krwi, albo wreszcie nagromadzone ciała pozostawały na miejscu aż do śmierci zwierzęcia, stanowiąc zakrzep stały.

Ujemne te wypadki doprowadziły B a l o g h' a do zadania sobie następujących pytań: 1) Dlaczego mogli przyjąć W a l l e r i C o h n h e i m że ciała krwi bezbarwne przenikają przez nie naruszoną ścianę naczynia? 2) Czy w tkance łącznej powstać mogą kulki ropne bez udziału białych kulek? i 3) Czy kulki białe krwi mogą służyć za źródło dla ropienia.

Co do *pierwszego pytania*; B a l o g h robi uwagę że te delikatne naczynia w których nagromadzają się białe kulki mogą pękać, i że przez tak powstałe przerwy ciągłości, nieraz bardzo drobne, wydostawać się mogą massy kulek białych bez żadnego czerwonego krążka, gdyż białe kulki często kilka graniczących ze sobą drobnych naczyń w zupełności wypełniają, a zatkanie światła tych naczyń wstrzymuje krążki. Często także spostrzegł B a l o g h że pole drobnowidza już to nagle już też stopniowo zalane bywa tysiącami kulek białych, zjawisko które sobie inaczej wytłómaczyć nie jest w stanie jak tylko przez pęknięcie naczynia. W krezce żaby z powodu delikatności i cienkości naczyń bardzo łatwo przychodzi do ich pęknięcia, tém bardziej że dla obserwacyi potrzeba krezkę dość silnie napinać, w pobliżu przyczepu do kiszek szpilkami przekłuwać i innym jeszcze poddawać manipulacyom które wszystkie bardzo łatwo sprawić mogą pęknięcia naczyń i występowanie krwi. Nadto białe kulki wypełniające jakie naczynie rozciągają ich ściany ulegające jeszcze ciśnieniu ze strony słupa krwi w naczyniach sąsiednich ulewających się do badanego naczynia; to rozciąganie ścian i ruchy

zwierzęcia, których nawet przez zastrzyknięcia kurary ustrzedz się nie można, sprawiają także przerwy w ciągłości ścian naczyńowych. Krezka żaby składa się z dwóch blaszek pomiędzy którymi 2 a nawet i 3 naczynia jedno nad drugim przebiegać mogą, tak że obraz jednego z nich wyraźnie się pod drobnowidzem przedstawia, podczas gdy obrazy dwóch innych są zamazane. Jeśli w takim naczyniu zatrzyma się strumień krwi podczas gdy w drugim dalej płynie, wówczas nieruchome kulki mogą się wydawać jak gdyby wystąpiły z naczynia w którym obieg krwi się odbywa. Co do przestworków (stomata) w których C o h n h e i m upatruje drogę dla przenikających ciałek, B a l o g h utrzymuje że jeśli te istnieją, są one zbyt małe by mogły przepuścić kulki; inaczey nie mogły by udawać się nastrzykiwania naczyń włosowatych za pomocą płynnego błękitu B e a l e ' a lub żelazocyanku potassu i siarczanu miedzi. Słowem B a l o g h uznaje za złudzenia optyczne wszystkie objawy zapalenia obserwowane przez C o h n h e i m ' a.

Co do *swojego drugiego pytania* sądzi B a l o g h że jeśli będziemy pilnie obserwować komórki tkanki łącznej po podziałaniu na nich bodźców zapalnych, możemy dokładnie śledzić za *powstawaniem ropy*. B a l o g h na kawałkach krezki w których obieg krwi nie był zatamowany widział zmętnienie tkanki łącznej znajdującej się pomiędzy naczyniami, a komórki tej tkanki znacznie były powiększone, wyraźne, ostro zarysowane, z zawartością mocno ziarnistą. Stan ten przez V i r c h o w ' a oznaczony jako obrzmienie mętne (die trübe Schwellung) występował już po kilku minutach; często dopiero po kilku godzinach na krezce żaby na działanie powietrza wystawionój, i to tylko wtedy gdy prócz potrzebnej wilgoci, nic lub tylko obojętne odczynniki dodawane były do preparatu.

Obrzmienie i zamętnienie komórek tkanki łącznej, prędzej lub później pociąga za sobą rozmnożenie się ich przez dzielenie, i to nie raz z szybkością trudną do uwierzenia, tak że zwykle po 2 do 3 godzinach, w miejsce jednej komórki występuje grupa 2 do 3 i więcj komórek zawierająca, nadto *to powstanie nowych komórek ma miejsce przeważnie w sąsiedztwie a nawet w zewnętrznej powłoce tych naczyń w których krew*



*zupełnie swobodnie przepływa*, przeciwnie zaś C o h n h e i m i K r e m i a n s k y podają stosunek odwrotny, utrzymując że komórki ropy nagromadzają się na około naczyń w których zastój krwi ma miejsce. Tam zaś gdzie na kierunku strumienia istnieje jaka zaporą, tam rzadko tylko mógł B a l o g h obserwować powstawanie nowych komórek, gdyż w skutku zatkania naczynia odpowiednia część tkanki nie może otrzymywać cząstek odżywczych wprost ze krwi a tylko pośrednio przyswajając sobie może płyn odżywiający przez diaosmozę z okolic sąsiednich. Z tych powodów i nowe komórki są w podobnych miejscach drobne, o wiele mniejsze od kulek białych krwi, a tem samem nie mogą być kulkami krwi z naczyń pochodzącymi. W miejscach gdzie strumień krwi jest nieprzerwany, gdzie zatem dostarczanie materiału odżywczego odbywa się należycie, komórki tkanki łącznej szybko się rozmnażają i powstające z nich kulki ropne do zupełnego dochodzą rozwoju. Przy niedokładnem nastawieniu drobnowidza, ciała ropne powstające w skutek nader szybkiego dzielenia się komórek tkanki łącznej tak w zewnętrznej powłoczce naczyń jak w sąsiedztwie, mogą być wzięte za kulki krwi które przez ścianki naczyń przeszły.

Od podobnego tłumaczenia chronią obrazy przedstawiające powolne wytwarzanie się ciałek ropnych w pobliżu naczyń zatkanym nagromadzonemi w nich kulkami białymi, którym na przeszkodzie do przenikania przez ściany nie stoi. Powstawanie ropy odbywa się równie szybko w miejscach gdzie kulki bezbarwne nie nagromadzają się przy ścianie naczynia i nigdzie się nie zatrzymują, gdzie zatem warunki przenikania nie istnieją wcale.

Utwory zazwyczaj uważane jak *jądra naczyń kapillarnych* a które B a l o g h z powodu odbywającego się w nich ruchu protoplazmy skłonny jest przyjmować za komórki, ważną rolę odgrywają tak przy nowotworach, np. rak i gruzetek, jak przy *zapaleniu* i następującem po niem *ropieniu*. B a l o g h podaje rysunek naczynia włosowatego z krezki żaby, w którym obieg krwi jest zatrzymany, w ścianie którego przedstawiają się okrągłe grupy komórek ropnych, które miały powstać przez dzielenie tamże istniejących elementów (wszakże B a l o g h nie przedstawia na rysunku sprawy dzielenia, tak samo jak i dla cia-

łek tkanki łącznej.) B a l o g h sądzi że choćby nawet przenikanie kulek krwi rzeczywiście dowiedzionem zostało, zawsze jednak przyjęty dotychczas sposób wytwarzania się ropy z komórek tkanki łącznej i jąder naczyń kapillarnych utrzymywać się będzie: tak jak to zresztą i R e c h l i n g h a u s e n w przytoczonej powyżej pracy skłonny jest przyjmować.

Na *trzecie postawione przez siebie pytanie*, B a l o g h twierdzi że zachodzi w pewnych zewnętrznych oznakach podobieństwo pomiędzy ciałkami ropy a kulkami krwi. Wszelako kulki krwi i ciała lymfatyczne mają później zamieniać się w krążki krwi czerwone i tylko pod pewnymi nienormalnymi warunkami wytworzyć się z nich mogą, tak samo jak z komórek nabłonkowych i tkanki łącznej, inne komórki; komórki zaś ropne zawsze tylko niszczej. Jeśli rzeczywiście w zatorach naczyniowych powodujących septicemią tworzy się ropa z kulek białych krwi, dzieć się to może tylko na drodze szybkiego dzielenia. Lecz o podobnem powstawaniu ropy z białych kulek przeszłych do tkanki łącznej B a l o g h powątpiewa, gdyż w zatorach kulki otoczone są zawsze krwią jakkolwiek zsiadłą, tu zaś przeciwnie znajdują się w środku innym i w innych zupełnie warunkach odżywiania. B a l o g h uważał że w naczyniach włosowatych całkowicie wypełnionych bezbarwnymi kulkami krwi, te ostatnie nietylko się nie rozmnażały ale przechodziły w rozpad, z powodu braku potrzebnego dla nich materiału odżywczego z krwi płynnej lub zsiadłej, która zapewnia im z początku przynajmniej lepsze odżywianie aniżeli tkanka łączna.

W obec powyższych podań często więcej twierdząco postawionych jak dowiedziouych, fakta troskliwie obserwowane przez C o h n h e i m'a zachowują całkowite swoje znaczenie, lubo przyszłe obserwacye niejedno w nich mogą uzupełnić i co do doniosłości zmienić.

W trzeciej pracy niedawno ogłoszouej C o h n h e i m traktuje o *zachowaniu się nieruchomych ciałek tkanki łącznej* podczas zapalenia (Virchow's Arch. XLV p. 333—350. 1868.

Wyżej wzmiankowane wypadki poszukiwań H o f f m a n'a i R e c k l i n g h a u s e n a kórzcy na odciętej od organizmu rogówce, po jej podrażnieniu, obserwowali powiększenie i ości cia-

łek wędrujących i powiększenie to czynili zależnem od ciałek gwiazdowatych rogówki, skłoniły C o h n h e i m a do poddania zjawisk zapalenia rogówki (keratitis) ponownemu badaniu. Miał on wtedy sposobność stwierdzić że przy Keratitis nie wywołanej w skutek bezpośredniego podrażnienia rogówki, lecz będącej następstwem zapalenia wszystkich części gałki ocznej (panophtalmiis) zatem wywołanej sztucznie przez przeprowadzenie nitki poprzecznie przez gałkę, *ciałka gwiazdowate rogówki żadnym zmianom nie ulegają*. Dopiero w chwili kiedy keratitis przechodzi w zupełne rozmiękczenie prowadzące do przedziurawienia, powyższe ciała zostają dotknięte sprawą zapalną. Jeżeli zaś rogówka będzie w środku swoim podrażniona kamieniem piekielnym, i badana potem w ciągu 24-ch godzin nim jeszcze zamętnienie od brzegów idące na znaczniejszą przeszeń się nie rozciągnie, wówczas zauważyć można na około podrażnionego punktu obwódkę kolistą w szerokości swojej zwykle trzy rzędy ciałek rogówkowych zajmującą, w której te ostatnie bardzo znacznym zmianom kształtu uległy. *Brakuje im bowiem wypustek* i przedstawiają się obecnie jako kuliste ciała w miejsce swój gwiazdowatej i płaskiej postaci, lecz ułożeniem swoim i obecnością jasnego jądra które także kształt kulisty przybrało, stwierdzają właściwe swoje pochodzenie. Od zewnątrz graniczący z obwódką powyższą rząd ciałek rogówkowych zmieniony jest o tyle że część każdej komórki zwrócona ku wewnątrz przybrała kształt zaokrąglony, podczas gdy część ku zewnątrz skierowana prawidłowe jeszcze przedstawia wypustki. Po za tym rzędem ku zewnątrz, ciała rogówki posiadają zwyczajny swój wygląd gwiazdowaty i ułożenie. Jeżeli pomiędzy podrażnieniem rogówki a jej badaniem więcej ubiegło czasu, to zamętnienie istnieje w daleko wyższym stopniu, obwódka okalająca strupek środkowy jest daleko bogatszą w komórki pomiędzy którymi tylko bardzo staranne badanie ciała nieruchome wykryć może. Komórki bowiem w tej chwili dające się widzieć są prawie wszystkie zaokrąglone, kuliste, bez wydatniejszych różnic w wymiarach, gdyż i płaskie gwiazdowate ciała rogówkowe przez przybranie kształtu kulistego wydają się mniejsze. Wszelako jedne z tych komórek przy dłuższem obserwowaniu pokazują amoeboidalne zmiany kształtu, cechując się przeto jako ciała wędrują-

ce, drugie ułożone są regularnie, posiadają blask matowy i ziarnistość; są to właśnie nieruchome ciała rogówki które przybrały kształt kulisty i których zawartość obecnie ziarnistą się już stała. Przez traktowanie preparatem złota, te ostatnie pokazują pojedyncze wielkie i jasne jądro, podczas gdy drugie mniejsze pomiędzy pierwszymi się znajdujące okazują mniejsze jąderka i po kilka w każdej komórce, tak samo jak komórki ropne. Bez użycia powyższego odczynnika łatwo jest widać ciała nieruchome które się stały kulistymi za wędrujące. *Brak kurczliwości w ciałkach stałych* dowodzi że przybranie przez nich kształtu kulistego nie stanowi wcale przejścia ich w komórki wędrujące a następnie i w komórki ropne. Gdy bowiem ciała ropne jak najwydatniej posiadają własność kurczenia się, ciała stałe rogówki po przybraniu postaci kulistej przedstawiają wprawdzie niekiedy ruch jądra we wnętrzu swoim, lecz zmian amoeboidalnych co do swego kształtu i miejsca nie okazują.

Badając podrażnioną rogówkę później jeszcze, np. na 3-ci dzień, zazwyczaj już nie spostrzegamy komórek okrągłych, ziarnistych, lecz w miejscu ich formy szczególne matowo błyszczące podobne do tych jakie spostrzegać się dają w jamkach chrząstki u żaby; w kulistych ciałkach powstały bowiem wolne przestrzenie (vacuolen) przez co wydają się jakoby podziurawione, tak że zamiast komórek widzimy krzyżujące się niteczki. Te kolejne przemiany w ciałkach gwiazdowatych jakotozaokrąglenie się zziarnienie, wytworzenie się wolnych przestrzeni (vacuolen) i wreszcie uplot niteczek, przemawiają za stopniowem ich zniszczeniem. Na zranionym języku żaby podczas gdy podobne zjawiska mają miejsce z częścią komórek tkanki łącznej, rana wypełnia się kulkami ropy które przy żywych amoeboidalnych zmianach kształtu i ruchach, przechodzą przez pole drobnowidza. Zaraz po zadaniu ranki napotkać można pojedyncze komórki wędrujące tu i owdzie pomiędzy włókienkami tkanki łącznej i mięśniowcami; lecz stopniowo liczba ich tak wzrasta że zakrywają wszystkie inne a zatem i ciała tkanki łącznej. Wszystkie one występują z naczyń krwionośnych, co się tu tak doskonale dowieść daje, że *C o h n h e i m* język żaby przekłada i pod tym względem nad krezkę.

Powyższe badania nad zachowaniem się ciałek tkanki łącznej rodczas zapalenia, zwłaszcza co do ich udziału w wytwarzaniu nowych komórek. tak na języku zaby jak i na rogówce, doprowadziły do wniosków więcej ujemnych jak dodatnich. Jednakże doświadczenia te z pewnością wykazały że w rogówce ciała rogówkowe a w języku ciała tkanki łącznej w przebiegu zapalenia podpadają stopniowemu zniszczeniu, albo też zmienione lub niezmienione w kształcie i pozorze pozostają na miejscu zapalenia i do jego produktów następnie przechodzą. W każdym ropniu, w każdym wysięku występują elementa które nie znajdują się w krwi obiegającej, które zatem z niej pochodzić nie mogą, jak np. komórki nabłonkowe w ropiastych wydzielinach zapalonych błon śluzowych, kulki ziarniste które zresztą okazują nadzwyczajne podobieństwo do tych utworów jakie C o h n h e i m za zmienione ciała tkanki łącznej w ostatniej pracy swój uważa, inne. Jeśli za ciała ropy lub wysiękowe będziemy chcieli uważać wszystkie elementa komórkowe które w ogniskach zapalnych napotyamy, w takim razie wszystkie kulki ropne poprzednio z pewnością nie były kulkami krwi. Jeżeli zaś jak to zazwyczaj ma miejsce pod nazwą kulek ropnych obejmować będziemy komórki o jednym lub więcej jądrach, bez barwne, kurczliwe i zdolne do amoeboidalnych zmian kształtu, to ostatnia praca C o h n h e i m a dostarcza nowych dowodów że wszystkie te ciała pochodzą z naczyń, zwłaszcza te wszystkie które w pierwszych chwilach ostrego zapalenia występują. Dotychczasowe doświadczenia nie pozwalają rozstrzygnąć czy ten sposób powstawania ciałek ropnych utrzymuje się w dalszych okresach zapalenia i czy późniejsze wytwarzanie się komórek ropnych na innej drodze się odbywa.

(Schmidts Jahrbücker 1869 r. N. 2 i 3).

## LECZENIE TRYPRA (GONORRHOEA)

W SZPITALACH LONDYNSKICH

przez

**Dra Wł. Stankiewicza.**

---

*Guy's hospital.* Dr. Bryant zachwala użycie wewnątrzalkaljów jako nader skutecznych przy tryprze. Najwięcej używa winianu Potażu od 20 – 30 gran trzy razy dziennie; po przejściu zaś okresu ostrego zapalenia, zwłaszcza u osób osłabionych zadaje nadto Winian Potażu i Żelaza. Przy tryprze przewlekłym dobre także otrzymywał skutki od użycia wewnątrz Liquoris sesquichloreŃi ferri.

Co do wstrzykiwań, takowe poczytuje w ogóle za niedostateczne, z powodu niepewnego, a niekiedy szkodliwego nawet ich działania, zwłaszcza przy ogólnej niedbałości pod tym względem chorych szpitalnych. Przy użyciu lekkich środków ściągających, jak Ałun, Garbnik, w stosunku 2 gran na 1 uncję wody, często szybkie nastąpiło uleczenie jeśli przestrzykiwanie regularnie co godzinę miało miejsce; sposób ten jednak dla większości chorych, z powodu braku czasu, jest niedogodnym. Obecnie ma otrzymywać dobry skutek przez częste wprowadzanie do cewki moczowej świeczki umaczanęj w roztworze garbnika w glicerynie.

*London hospital.* Chorzy tego szpitala pochodzą z najbiedniejszej warstwy ludności, nieznającej żadnych wygod ani czystości i dla tego leczenie ich jest ile możności najprostsze. Dr. Ma under tak w okresie ostrym choroby, jak przy odpływie przewlekłym, daje mieszanicę ex Bals. Copaivae, Liquor. potassae, Spir. nitr. aeth. i kamfory trzy razy dziennie; dyęta szczupła bez piwa i wszelkich napojow wysokowych. Przy dą-  
żności do zapalenia ostrego daje co 4 godziny po 1 skrupule ka-

li acetici z dodatkiem niekiedy  $\frac{1}{2}$  grana Morfiny lub Emetyku. Przytem obfity napój łagodzący, który wraz z Octanem potażu zobojętnia ostre i gryzące działanie moczu na zadrażnioną błonę cewki. Jeśli pozostanie się tylko kropla mętna bez wszelkiego bólu, używa wtedy trzy razy dziennie po 20 kropli Tynktury żelaznej (Tinct. of steel). W praktyce zaś prywatnej, przekłada częste wstrzykiwania z siarczanu Cynku, nie pomijając ogólnych zasad leczenia przeciwzapalnego w razie odpowiednich wskazań.

*St. Bartholomew's hospital.* W ostrym okresie trypra, Dr. Collender przepisuje wstrzykiwania roztworem Siarczana Cynku z 2 gran na 1 uncję wody; jeśli zaś zapalenie jest silne, zawiesza wstrzykiwanie dopóki takowe nie zostanie złagodzone przez ciepłe okłady i kąpiele, wewnątrz zaś zadaje małe dawki makowca, lub też zaleca wprowadzenie do odbytnicy czopków z morfiną. Prócz tego stara się o utrzymanie wolnego stolca za pomocą środków właściwych, i o zmniejszenie ostrości moczu przez użycie obfitego napoju. Dyeta umiarkowana i największa czystość przez częste przemywanie okolic cierpieniem dotkniętych. W razie obecności Phimosi, obcina napletek, aby ropa pod nim gromadząca się nie utrzymywała zapalenia żołądździ i nieczystości. Przy Orchitis zaleca ciągłe leżenie, podniesienie jąder, kataplazmy i opium. Jeśli po tryprze pozostanie tylko mętna kropla (Gleet), takowa zdaniem autora, najlepiej leczy się sama z siebie; w przypadkach więcej uporeczywych za najskuteczniejsze uważał autor przeprowadzenie świeczek, lub też podrażnienie później przedniej powierzchni ud za pomocą wezykatoryi lub Saletranu srebra. Przy zapaleniu gruczołów pachwinowych, należy je kataplazmować a po utworzeniu ropnia natychmiast, za pomocą cięć obszernych, otwierać.

*King's College hospital.* Za najskuteczniejszy sposób leczenia trypra, poczytuje Dr Wood plan następujący:

W okresie ostrym, unikać wszelkich napojów wyskokowych i pokarmów pobudzających; co 3 lub 4 dni dać środek rozwalniający solny, lub drachmę Jalapy samej albo z kalomelem; miksura z Dwuwęglanu sody i kamfory trzy razy dziennie, nadto obfity napój łagodzący z jęczmienia, siemienia lnianego lub zimną herbatę. W parę dni po ukazaniu się odpływu, częste

wstrzykiwania płynem złożonym z Octanu ołowiu, gliceryny i wody. Przy Orchitis, spoczynek w łóżku, podniesienie jąder, ciepłe okłady; dla zniesienia zaś bólu zadać wewnątrz kalomel z Opium. W wypadkach bardzo silnego bólu lub konieczności szybkiego polepszenia, małe przekłucie tunicae vaginalis natychmiast zmniejsza lub znosi zupełnie ból. Zwykle wycieka nieco surowiczego płynu ze krwią, a nigdy sposób ten nie spowodował żadnego niepomyślnego powikłania. Dla złagodzenia bolesnych wyprężeń członka zadaje się wewnątrz pigułki z kamfory i szaleju, a w gwałtownych wypadkach morfina lub Chlorodyne (mieszanka eteru, chloroformu i różnych środków narkotycznych); zewnętrznie zaś okłady lodowe, przemywania z ołowiem lub przemywania ułatwiająca się.

W okresie przewlekłym, w razie obfitego i gęstego odpływu, zaleca mleczankę z Bals. Copaivae z dodatkiem trochę kwasu siarczanego albo Capsulae Copaivae i częste wstrzykiwania z Siarczanu Cynku, Ałunu lub Saletranu srebra. W wypadkach uporczywych w miejsce poprzednich środków daje do wewnątrz proszek z Kubeb po 1 drachmie na dawkę. Jeśli odpływ zachowuje jednostajny charakter atoniczny, zwłaszcza u chorych ogólnie osłabionych, używa środki wzmacniające i kwasy mineralne, głównie zaś Tinct. sesquichlorety ferri po 20 kropeł z wodą 3 razy dziennie; gdy zaś odpływ staje się rzadszy, osiąga dobre skutki z przestrzykiwań słabym roztworem glicerynowym Chlorku Cynku lub Chlorku żelaza. Naprzemian zaś z temi środkami używa Matico lub wprowadza do cewki świeczkę z masła kakaowego w którym znajdują się zarobione powyższe substancye.

*St. Mary's hospital.* W samym początku trypra, gdy odpływ i palenie są w słabym stopniu, Dr G a s c o y e n używa wstrzykiwań z lekkich środków ściągających, które często powtarzane w krótkim czasie poskramiają chorobę. Gdy zaś zapalenie jest bardzo silne, z obfitym odpływem, bolesnym wyprężaniem i paleniem przy oddawaniu moczu, zawiesza wstrzykiwania i daje Bals. Copaivae jako najskuteczniejszy w takich warunkach. Daje go w kapsułkach lub też sam, a poczynając od mniejszych ilości dochodzi od 40—60 kropli na dzień i taką dawkę utrzymuje



przez dni 2—3, poczem znów szybko dawkę tę zmniejsza. Jeśli w przeciągu 10 do 12 dni choroba nie okazuje widocznego polepszenia, należy zaniechać dalszego użycia balsamu jako nieskutecznego. W każdym razie środek ten widocznie zmniejsza drażliwość szyjki pęcherza i palenie przy urynowaniu; gdyby zaś objawy te były bardzo dotkliwe, wtedy nader skutecznymi będą czopki z mydła i opium wprowadzone do wypustnicy. Przy użyciu Bals. Copaivae należy pilną zwracać uwagę na stan przewodu pokarmowego; w razie bowiem nudności lub rozwolnienia natychmiast wypada zmniejszyć jego dawkę lub zupełnie zaprzestać jego użycia.

Po przejściu ostrego okresu lub gdy leczenie balsamem nie jest wystarczającym, używa się znowu lekkich wstrzykiwań z dodatkiem 1 drachmy kubeb do wewnątrz dziennie przy bardzo upartym odpływie; nadto Chinina, Żelazo i inne tonica są często bardzo pomocne. Dyeta mięsna, lecz nie pobudzająca. Wino zwłaszcza u osób skrofulicznych dobrze sprowadza skutki. Dr G a s c o y e n potępia użycie środków solnych i deplecyjnych jako bezużytecznych a narażających na stratę czasu niepotrzebną wówczas gdy inne środki skuteczniejsze powinnyby być zastosowane. Podobnie odrzuca curam abortivam za pomocą wstrzykiwań nasyconym roztworem Saletranu srebra; w wielu bowiem wypadkach widział znaczne pogorszenie choroby lub też niebezpieczne następstwa po zastosowaniu tego rodzaju leczenia.

*Leczenie dymienic (bubo) towarzyszących wrzodom wenerycznym.*

*Guy's hospital.* Postępowanie Dra D u r h a m jest następujące:

a) W razie licznych, twardych i niebolesnych gruczołów limfatycznych, jakie są następstwem wrzodów syfilitycznych (*Ulcus syphiliticum*), leczenie ogólne za pomocą przetworów rtęciowych, a zwłaszcza weierań szaruchy, najskuteczniej wpływa na powrót gruczołów do stanu normalnego.

b) Jeśli gruczoły są mniej liczne, lub pojedyncze, a przytem znacznej wielkości, bolesne, chociaż dosyć twarde i powstają w skutek obecności szankra miękkiego, lub twardego, będącego

w stanie zapalonym, a niekiedy przy tryprze, pierwszym warunkiem jest spoczynek chorego: Całe staranie lekarza zwrócone być winno do usunięcia zadrażnienia i łagodzenie objawów zapalnych. Jeśli chory znosi nacisk, to wywiera się go bez przerwy, kładąc na gruczoły poduszeczkę z waty lub płótna i przytwierdzając ją opaską 8-kową (spica). Obok tego wciera się w niektórych razach w okolicę gruczołów masę z jodku potassu, lub też pociąga się jodyną. Skoro nacisk sprawia przykrość choremu, który zmuszony jest przytem chodzić, smaruję się często skórę mocną nalewką jodową, lub też płynem pęcherze sprawiałym. W pierwszym bowiem razie staramy się działać na gruczoły przez wsiąkanie środków użytych, w drugim zaś przez wywołanie sztucznego zadrażnienia, zmniejszającego zapalenie gruczołów. Przy mocnym bólu dobrze jest mieszać te wcierania z wyciągiem belladony; a głównie starać się należy o niedopuszczenie ropienia lub też zamknięcie go w jak najszczuplejszych granicach. Jak tylko zaś stało się nieuniknionem, używa się ciepłych okładań lub kataplazmów.

c) Skoro się tylko dostrzeże, iż skóra jest bolesna, zaczerwieniona i miększa, co wskazuje wytworzenie ropy w gruczołach lub tkance je otaczającej, należy wypuścić takową za pomocą cięcia, a przytem zastosować na miejsce ropienia kataplazmy przez kilka dni. Długość i kierunek cięcia zależy od wielkości kształtu i innych warunków utworzonego ropnia. Zwykle cięcie robi się w kierunku najdłuższego wymiaru ropnia; długość zaś jego winna być taką, iżby zajmowała całą przestrzeń ścięconej i podminowanej skóry. Tym sposobem uniknąć można tworzenia się następnych zatok podskórnych, które inaczej musiałyby być w późniejszym czasie przecinane. W wypadkach, gdzie ropień ma kształt okrągły, najwłaściwszem będzie cięcie pionowe; zwykle jednak najdłuższy wymiar ropnia odpowiada kierunkowi więza P o u p a r t a a zatem i cięcie w takim kierunku prowadzić należy.

Jeśli miejsce w którym czuje się miękkość i przelewanie, jest bardzo ograniczone, a na około tkanki mniej lub więcej stwardniałe, skóra zaś lekko zaczerwieniona lub też wcale niezmiennie wskazuje brak ostrego zapalenia, wówczas dostatecz-

nem będzie zrobienie małego otworku lancetem dla wypuszczenia zebranéj ropy.

Jeśli ropienie wytworzyło się w tkance gruczoły otaczającej, a po przecięciu gruczoły powiększone i stwardniałe wypełniają zrobiony otwór, skóra zaś naokoło nie jest podminowana, wtedy po ustaniu ostrego zapalenia najpospoliciej używa się mazi z czerwonego precypitatu rtęci, którą przykładają się na płatkach płóciennych wprost na wystające gruczoły.

W niektórych wypadkach utworzone wrzody przybierają pozór szankrów pierwotnych, leczyc je zatem trzeba podobnie jak same szankry. Należy więc je albo pobudzać za pomocą przemywań z kwasem saletrzanym, lub wodą czarną (*aqua phag. nigra*). albo też łagodzić użyciem przetworów makowca, lub kaptaplazmów. Przemywania samym roztworem winianu potażu i żelaza (10 — 20 gran na 1 uncję wody) lub też z dodatkiem makowca są w pewnych razach bardzo użyteczne.

Przedewszystkiem chory pamiętać powinien o zachowaniu zupełnego spoczynku, w razach zaś, gdzie by to z jakiegokolwiek powodów było niemożliwem, starać się należy utrzymać przynajmniej cierpiącą okolicę w spoczynku za pomocą poduszczyk i opaski. Naturalnie pilną zwracać należy uwagę na stan ogólny chorego, wpływając nań odpowiednio do okoliczności.

*St. Bartholomew's hospital.* Powiększenie gruczołów pachwinowych, często spostrzega Dr Callender u chorych do ambulatoryum po poradę przybywających; w wypadkach tych obok leczenia ogólnego, które uważa za najważniejsze, zaleca chorym zachowanie zupełnego spoczynku w postawie leżącej, a w razie niemożności leżenia, wstrzymywanie się przynajmniej od natężonej pracy cielesnej. Jeśli w gruczołach tych pokazuje się jeszcze zaognienie i ból, zaleca przykładanie wody Goulardowej lub plastru makowcowego.

Jednym z najprędszych i najpewniejszych środków uleczenia tak powiększonych gruczołów, jest usunięcie wszelkich przyczyn podrażnienia ich, które najczęściej mają swe siedlisko w narządach płciowych lub też dolnej części kiszeki odhodowej. Często jednak zdarza się, zwłaszcza u biednej klasy ludzi, którzy muszą pracować, iż gruczoły te ustawicznie drażnione przechodzą w za-

palenie i ropienie; kataplazmowanie przynosi wtedy chorym najwięcej ulgi, ale z otwarciem ropnia czekać trzeba aż cały gruczoł zmięknie i w ropienie przejdzie. Po wypuszczeniu ropy za pomocą cięcia pionowego, najlepiej jest przykładać jeszcze parę dni kataplazm, a następnie opatrywać czystą wodą i suchą skubanką.

U chorych wycieńczonych długo trwającym cierpieniem syfilitycznym, wrzody powstałe z gruczołów pachwinowych są zwykle brudnej barwy, o brzegach poszarpanych i podminowanych, rozszerzają się na około okazując bardzo słabą dążność do gojenia się, co więcej pochodzi od wyniszczenia i osłabienia organizmu aniżeli skutkiem specyficznego zakażenia krwi. W tych ranach, niezaniehbując ogólnego leczenia, poprawia się charakter wrzodów przez wycięcie podminowanych brzegów skóry, otwarcie zatok, a wreszcie pędzlowanie wrzodów roztworem kwasu saletrzanego dla zniszczenia psującej się ich powierzchni. Wrzody takie trwają niekiedy nadzwyczaj długo w jednym stopniu, często najskuteczniejszym środkiem ich uleczenia jest przeniesienie chorego do szpitala, gdzie pod wpływem pożywniej diety i czystości bardzo prędko gojenie następuje.

W większej zatem liczbie wypadków wystarczy leczenie miejscowe zasadzające się na zachowaniu spoczynku, lub przecięciu skóry jak tylko ropień się utworzy, a następnie czystym opatrunku. Leczenie zaś ogólne różnić się będzie odpowiednio do przyczyn, które wpłynęły na rozwój cierpienia miejscowego w gruczołach.

*St. Mary's hospital.* Dr G a s c o y e n spostrzegł najczęściej rozwinięte dymienice u osób skrofulicznych lub przedstawiających wybitne cechy temperamentu limfatycznego, z czego wnosi, iż większa część tych zmian w gruczołach rozwija się raczej pod wpływem przyczyn ogólnych aniżeli miejscowych.

Wiadomo bowiem, iż każde proste podrażnienie naczyń chłonnych odbija się natychmiast w gruczołach będących z nimi

w najbliższym związku, skutkiem czego te gruczoły znacznie powiększają się; skoro jednak u osób zupełnie zdrowych, drażniący ten bodziec usunięty zostanie, gruczoły w krótkim czasie wracają do stanu prawidłowego. U osób zaś skrofulicznych, słabowitych, albo też skutkiem niedbałego życia osłabionych, powiększenie gruczołów nierównie dłużej się utrzymuje, może ono nawet pozostać trwającym, a nawet pogarszać się pod wpływem drażnienia przy zwykłych zajęciach codziennego życia. Przy takich warunkach chorobliwych, łąda uowe podrażnienie sprawić może zapalenie, które pod wpływem spoczynku i najprostszych środków zwykle łatwo przemija; czasem jednak szybko postępuje i kończy się ropieniem.

Przy leczeniu dymieniem najważniejszym jest pozostanie w zupełnym spoczynku, środek ten wczesnie zastosowany prawie zawsze powstrzyma zapalenie, szkoda tylko że chorzy zwykle dopiero po wystąpieniu bólu zapalnego kładą się do łóżka.

Po spoczynku, za najskuteczniejszy środek uważa Dr G a s c o y e n kąpielny i okłady ciepłe; umiarkowane bowiem ciepło i wilgoć przynoszą wielką ulgę choremu, a nadto utrzymują pewien stopień giętkości skóry, przez co chory jest w stanie cokolwiek przechadzać się, czego przy innym środku nie mógłby tak łatwo dokonać. Na noc użytą być może maść szara z ekstraktem Belladony lub z makowcem lub też słaba maść jodowa, które nie należy wcierać w skórę, ale na płatk płóciennym rozsmarować i na skórę przyłożyć.

Nacisk, za pomocą poduszeczek i opaski, nie wydał w rękę Dra G a s c o y e n zadawalających rezultatów; w skutek bowiem niemożności utrzymania chorych w łóżku, części zapalone narażone są na częste tarcie od założonego opatrunku, a ztąd powstaje ciągle drażnienie szkodliwe na stan gruczołów wpływające.

Jeśli pomimo leczenia, gruczoły pozostaną w jednym i tym samym stanie, a wielkością swą sprawiają niedogodność choremu, zwłaszcza jeśli stają się bolesne przy większem chodzeniu

lub innych zajęciach, wtedy przystawienie 3 lub 4 pijawek dwa razy tygodniowo przyczynia się często do zmniejszenia gruczołów, już to na drodze wysuszenia już przez pobudzenie w nich ropienia. Ten sam wypadek osiągnąć można przez przystawianie małych wezykatoryj.

Przy zapaleniu gruczołów limfatycznych, jakie często występuje przy tryprze, zapaleniu zółędzi, różnych wrzodach na członku i t. p. najskuteczniejszym środkiem jest leżenie i przemywanie letnie; jeśli zaś skóra staje się czerwoną, nabrzmiałą i bolesną, należy przystawić 10—12 pijawek, a następnie przykładać kataplazmy. Po ustaniu bólu, dla prędszego roześcia się stwardnienia dobrze jest używać lekkich wcierań maścią szarą lub jodową.

Dr G a s c o y e n bardzo rzadko widział dobry wypadek po zastosowaniu lodu w podobnych razach; najczęściej zimno spowodowało tak dotkliwy ból, iż chory nie mógł dłużej znieść lodu, a ropienie prawie zawsze potem się rozwinęło.

Jak tylko dostrzeże się, iż ropa wewnątrz została utworzoną, należy natychmiast wypuścić ją za pomocą przekłucia, tym sposobem zmniejszy się natychmiast ból i napięcie, a krwawienie z tkanki podskórnej także przyczyni się do zniesienia kongestji w skórze. W ogóle Dr. G. nie jest wielkim zwolennikiem użycia noża przy dymienicach; w ostrych jednak wypadkach, które wymagają koniecznie nacięcia, robi takowe małe, wcześnie. Gdy zaś ropienie tworzy się bardzo powolnie, jak to bywa u osób skrofulicznych, radzi czekać dopóki cały gruczoł nie przejdzie w ropienie, i robić nacięcia o tyle wcześnie, aby skóra nie została na znacznej przestrzeni zniszczoną i aby uniknąć potworzenia się głębokich zatok na około gruczołów.

W podobnych wypadkach przewlekłego cierpienia gruczołów, jakkolwiek te biorą początek z przyczyn miejscowych, jednak najczęściej zależą od stanu ogólnego organizmu, starać się trzeba wszelkimi środkami o spowodowanie w nich resorbcji, która

nawet przy wielkiem zebraniu płynu, miękkiej i zaczerwienionej skórze, niekiedy bardzo dobrze się udaje. Często nawet trafia się, iż pomimo dokładnego przelewania, po przecięciu skóry tylko parę kropli rzadkiego płynu wychodzi, a następnie powstaje otwarta rana, przez którą występują obrzmiałe i zapalone gruczoły, przeszkadzające gojeniu się takowej. Skoro ropa utworzy podskórne zatoki, nienależy takowych przecinać, lecz przedtem wyczerpać wszystkie inne środki za pomocą których mogą być uleczone; blizny bowiem głębokie, po przecięciu tych zatok powstałe, mogą utrudniać chodzenie, a nawet przy mocniejszym użyciu członka napowrót przejść w owrzodzenia, bardzo trudno się gojące. Dla zrośnięcia się tych zatok, wprowadza się w nie zawłoki, przestrzykuje się je codzień płynami drażniącymi, lub też wypełnia się je płótnem suchem lub temi środkami napojonym. Niekiedy dobrze jest wyrzeć na przebiegu tych zatok nacisk za pomocą poduszeczek; jeśli zaś idą bardzo powierzchownie, należy przypalać skórę wzdłuż ich kierunku kamieniem piekielnym, przez co wywołane w nich zapalenie sprawi zrośnięcie się ścian.

Stwardnienie gruczołów limfatycznych, występujące prawie zawsze w przebiegu szankra twardego lub też ogólnego syfilis, niewymaga żadnego miejscowego leczenia, albowiem znika ono zupełnie po zniesieniu zakażenia za pomocą leczenia ogólnego; rozwinięte zaś wtedy zapalenie gruczołów, wyniknąć tylko może w skutek ich podrażnienia, na zniesienie którego dostatecznie działa zachowanie spoczynku.

Zupełnie innem będzie postępowanie lekarza przy dymienicach powstałych przy obecności szankra miękkiego; pamiętać jednak należy że i tutaj powstać one mogą z przyczyn zwykłych, nie zaś koniecznie skutkiem wchłonięcia materii szankrowej z powierzchni wrzodu i przeniesienia jej do gruczołów. Zwykle w takim razie zapalenie gwałtownie się rozwija i kończy utworzeniem ropnia, który najlepiej będzie wcześniej utworzyć za pomocą długiego cięcia dla łatwego odpływu zebranej w nim ropy; ropień taki jest prawdziwym szankrem, albowiem ropa zeń wzię-

ta może być zaszczeponą, i z tego powodu powinien być leczony jako prawdziwy szankier gruczołowy.

*Westminster hospital.* Dr M a s o n leczy dymienice powstałe skutkiem zwyczajnych przyczyn zapalnych za pomocą okładów z zimnej wody od samego początku; z otwarciem zaś utworzonego ropnia czeka dopóki skóra nad nim nie zmięknie, przyczem otwór robi bardzo mały za pomocą tenotomu. Dla zmniejszenia bólu radzi wyrwać pewien nacisk na skórę w chwili przekłucia, a ropy nie wytłacza, ale pozwala aby sama swobodnie spływała, jest bowiem przekonania iż tak uciskanie jak i wszelkie gwałtowne działanie, nietylko sprawia przykrość choremu, ale przyczynia się do przedłużenia ropienia. Przy takim postępowaniu Dr M. miał bardzo dobre wypadki, a blizna powstała jest prawie nieznaczną. Uważa nadto że okłady z zimnej wody mają wyższość nad kataplazmami; łatwiej bowiem można utrzymać je w pewnem położeniu, nie wymagają tyle zachuodu i utrzymują większą czystość.

W podobny sposób radzi także postępować przy ropniu gruczołowym, rozwiniętem w przebiegu szankra miękkiego; w tych zaś razach, gdzieby skóra została zniszczoną, a brzegi wrzodu nierówne, pokryte były szarą i brudną warstwą, najlepiej będzie położyć przez parę dni katapl zm a następnie przemywać roztworem kwasu saletrzanego, myrzą, czarną wodą, lub też zastosować zimne okłady. Jeśli wrzód ma przebieg atoniczny, dobrze jest posypywać jego powierzchnię tlenkiem żelaza co sprawia szybkie polepszenie; w leczeniu zaś ogólnem trzyma się zasady dawania środków tonicznych, a tylko w koniecznych razach daje co drugi dzień po 5 gran pigulek P l u n m e r'a (złożone z siarki, kalomelu i żywicy gwajakowej), jako alterans. Przy zakażeniu syfilitycznem, Dr. M a s o n nie rozpoczyna leczenia ogólnego prędkiej, jak dopiero po ukazaniu się objawów wtórnych.

*London hospital.* Dla przeszkodzenia ropienia przy dymienicach specyficznych Dr S i t l e przystawia na miejsce zapalonego gruczołu pijawki, i to po jednej lub dwie dziennie stosownie



do rozciągłości i stopnia zapalenia. Zdaniem jego, pijawki w podobnych razach działają skuteczniej, aniżeli jakiegokolwiek inne środki a chociaż nie zawsze przeszkadzają ropieniu, to jednak bardzo wpływają na zmniejszenie ropnia i łagodzą jego przebieg. Prócz tego chorzy ambulatoryjni ściśle wypełniają takie leczenie, jako niewymagające wiele zachodu, gdy tymczasem wszelkie wcierania maści, przemywania i kałaplazmy zwykle w połowie tylko bywają wykonywane.

Utworzone ropnie Dr. L. przecina wcześniej cięciem długim, przezco przyspiesza się gojenie rany, a nadto ułatwia się zastosowanie niektórych środków do wnętrza ropnia w razie potrzeby. Jeśli ropienie jest obfite, przemywa ranę najprzód słabym roztworem płynu C o u d y e'g o, a gdy to nie pomaga roztworem tynktury jodowej w stosunku 10 kropli na uncję wody. Skoro wrzód nie objawia dążności do granulowania, przypala brzegi jego kwasem saletrzanym, albo też odcina je nożem, wypełnia jamę ropnia płótnem napojonem jakimkolwiek płynem pobudzającym i wywiera miejscowy nacisk za pomocą opasek zwykłych lub lepkich, obok tego zadaje wewnątrz chininę, żelazo, jeśli choroba nie wymaga leczenia specyficznego.

*University college hospital.* Dr Berkeley Hill uważa za najważniejszą rzecz przy leczeniu dymienic specyficznych, łagodzenie kongestyi a przez to powstrzymywanie hyperplazji tkanki łącznej naokoło gruczołów, gdyż ztąd powstają obfite ropienia i zatoki. Zanim utworzy się ropa, radzi często przemywać skórę gorącą wodą, przy ciągłym leżeniu, a skoro nastąpi zaczerwienie skóry, przykładanie kałaplazmów naprzemian z przemywaniem. Przy bardzo mocnem przekrwieniu, robi pionowe nacięcie skóry, na pół cala długie i podtrzymuje odpływ krwi za pomocą przemywań ciepłych. Jeśli postępowanie przeszkodzi ropieniu i zadrażnienie zapalne się zmniejszy, wówczas na pozostałe zgrubienie wywiera nacisk za pomocą poduszcзки lub opaski 8-kowej. Gdyby pomimo tego stwardnienie nie ustępowało, należy drażnić skórę tynkturą jodową, roztworem jodku potassu, albo jakimkolwiek innym środkiem podobnie działającym.

Jak tylko ropienie nastąpi, przecina wrzód w miejscu gdzie mięknąć zaczyna, wszystkie zaś zatoki wypełnia skubanką aż do dna, i przestrzykuje je codziennie lekkim roztworem cynku lub saletranu srebra. Jeśli pomimo tego zatoki nie goją się, przecina je w całej długości, wypełnia skubanką i jak najstaranniej opatruje. Jeśli powierzchnia rany pokrywa się warstwą gangrenową lub też okazuje przebieg atoniczny, bez należytej granulacji, przypieka całą powierzchnię roztworem złożonym z 3 drachm saletranu srebra na 1 uncję wody, z dodatkiem pół drachmy kwasu saletrzanego, a następnie przykładą kataplazmy aż do oddzielenia się warstw zniszczonych i zastosowują zwykły wodny opatrunek. Przy osłabieniu ogólnem i złem trawieniem daje chininę z tynkturą półtorochlorku żelaza, a nadto dietę pożywną z winem lub piwem; osobom zaś skrofalicznym obok środków wzmacniających, winian żelaza z tranem.

---