



wzmożenie ciśnienia śródbrzusznego, wywołującego ucisk wielkich żył biodrowych w miednicy małej: a więc ciąży, wielkie guzy przydatków, guzy krezki albo guzy sieciowe. Opór, jaki ten ucisk stawia żyłom miednicy, zostaje częściowo pokonany działaniem ssącym klatki piersiowej i przedsionka prawego oraz grą mięśni kończyn dolnych, wyciskających krew z żył głębokich i śródmięśniowych. Natomiast w żyłach podskórnych odpada dodatni czynnik dynamicznej gry mięśniowej.

Niektórzy autorzy, jak Vignes i Gaugier, uważają powstawanie żylaków u młodych ludzi i we wczesnych okresach ciąży za wyraz zaburzeń czynności gruczołów dokrewnych (wg Piulache i Barraguer). Jednym z czynników etiologicznych są przebyte sprawy zakrzepowo-zarostowe głębokich żył kończyn dolnych z następowym zamknięciem lub zwężeniem ich światła. Wtedy oczywiście żylaki są zwykłym krążeniem obocznym i nie mogą być leczone środkami obliteracyjnymi, a tylko wyjątkowo i to na ograniczonej przestrzeni, mogą być leczone operacyjnie.

W budowie żył występują duże różnice osobnicze. Chociaż w ścianie żył różniamy trzy warstwy: błonę zewnętrzną, błonę środkową i błonę wewnętrzną, to jednak nie ma tutaj tej prawidłowości w układzie poszczególnych warstw, jak w tętnicach. A więc ściany są stosunkowo cienkie, słabo rozwinięte, co powoduje ich wiotkość i zapadanie się światła. Zastawki żyłne, występujące szczególnie w żyłach dolnej części ciała, stanowią zdwojenie błony wewnętrznej, zawierającej sploty włókien sprężystych i klejodajnych. Znajdują się one przeważnie poniżej ujścia mniejszych rozgałęzień żylnych, otwierając się w kierunku prądu krwi, a zamykając się biernie podczas powrotnej fali krwi pod wpływem siły ciężenia.

Naczynia krwionośne, zwłaszczają tętnice, a w znacznym stopniu i żyły mają bogate unerwienie czuciowe i ruchowe z układu mózgowo-rdzeniowego (Dogiel), oraz z układu wegetatywnego. Włókna nerwowe stanowią trzy sploty: w przydatce, na powierzchni błony mięśniowej i śródmięśniowy, oplatający poszczególne włókienka mięsne.

Naczynia żyłne podskórne kończyn dolnych rozpoczynają się na palcach jako podeszwowe, bądź grzbietowe żyły palców, łączące się ze sobą na brzegach podeszwy i tworzące na grzbiecie stopy łuk żylny (*arcus venosus dorsalis pedis*). Z boczno-go końca tego łuku wychodzi żyła odstrzałkowa (*v. saphena parva*), która uchodzi do żyły podkolanowej (*v. poplitea*). Z końca przyśrodkowego łuku grzbietowej stopy wychodzi żyła odpiszczelowa (*v. saphena magna*), która biegnie aż do dołu owalnego (*fossa ovalis*), gdzie po przebicciu blaszki sitowej powięzi szerokiej, uchodzi do żyły udowej. Wzdłuż całego swego przebiegu wysyła liczne odgałęzienia, z których najważniejsze są: 1) żyła odpiszczelowa dodatkowa (*v. saphena accessoria*), która zbiera krew z tylnej i przyśrodkowej części uda, występująca dość często, bo w 25% przypadkach, 2) żyła okalająca udo boczna (*v. circumflexa femoris lateralis*) i 3) żyła okalająca udo przyśrodkowa (*v. circumflexa femoris medialis*).

Istotnie ważną sprawą jest podkreślenie już teraz, że w wypadku operacyjnego podwiązania żyły odpiszczelowej wielkiej poniżej ujść trzech ostatnio wymienionych żył, przybierają one rolę nowych wielkich żył odpiszczelowych, z nawrotem żylaków już w kilka miesięcy po ope-

racji. Dlatego konieczną rzeczą jest podwiązywanie i przecinanie żyły odpiszczelowej wielkiej możliwie wysoko z równoczesnym podwiązaniem i odcięciem żyły okalającej udo bocznej, żyły okalającej udo przysiodkowej, a przede wszystkim żyły odpiszczelowej dodatkowej, jeśli ona istnieje.

Jednym z pierwszych objawów podmiotowych, zmuszających chorego do udania się do lekarza są bóle promieniujące wzdłuż kończyny. Najczęstszą jednak przyczyną, skłaniającą chorych do leczenia, są zmiany troficzne skóry podudzi lub małe nie gojące się owrzodzenia. Poza tym drętwienie nóg, łatwość męczenia się, bolesne kurcze mięśni łydki, obrzęki zastoinowe, stany zapalne suche lub sączące skóry podudzi, czyracyce, stwardnienia skóry i tkanki podskórnej, zakrzepowe zapalenie żył powierzchownych i krwotoki.

Rozpoznanie nie następuje żadnych trudności i już oglądaniem daje się je ustalić. Jedynie u chorych z bardzo obfitą podściółką tłuszczową mogą być pewne trudności, zwłaszcza w ocenie stopnia wydolności aparatu zastawkowego oraz drożności żył łączących i głębokich; jedynie flebografia może tu dać właściwą ocenę. Stopień wydolności aparatu zastawkowego i drożności żył głębokich oceniamy po zastosowaniu prób Trendelenburga i Perthesa. Pierwsza zwana również próbą Brodie-Trendelenburga polega na założeniu ucisku (opaski Bierera) na udo tuż poniżej owalnego zagłębienia, przy uniesionej kończynie ku górze, z następowym zapadnięciem się żył. W warunkach prawidłowych, tj. gdy układ zastawkowy żył łączących i układ krążenia głębokiego jest prawidłowy, uzyskamy objaw Brodie-Trendelenburga ujemny. tzn., że po opuszczeniu kończyny ku dołowi żylaki wypełnią się krwią bardzo nieznacznie. Jeżeli zaś po opuszczeniu kończyny ku dołowi krew powoli wypełniać będzie żylaki, a po zwolnieniu zacisku wypełni je szybko, mówimy wówczas o dodatnim objawie Trendelenburga, który świadczy o niewydolności zastawek żył łączących żyłę odpiszczelową wielką z żyłą udową przy sprawnym funkcjonowaniu układu żył głębokich.

Próba Mahorner-Ochsnera jest uzupełnieniem próby Trendelenburga. Polega ona na tym, że na uniesioną kończynę zakładamy opaskę na udo powyżej kolana. Syntezą prób Brodie-Trendelenburga i Mahorner-Ochsnera jest próba McLeana i Slevina, którzy zakładają na uniesioną ku górze kończynę cztery opaski, jedną w okolicy dołu owalnego, drugą w połowie uda, trzecią ponad kolanem i czwartą poniżej kolana. Po opuszczeniu kończyny, jeśli żyły podskórne są zapadnięte, zdejmują kolejno opaski, poczynając od dołu — i określają w ten sposób miejsce, stopień i rozmiar istniejącej

niewydolności zastawek żył łączących oraz zaburzeń drożności żył głębokich.

Próba *Perthesa* polega na założeniu choremu opaski w pozycji stojącej tuż powyżej kolana i na poleceniu mu odbycia krótkiego, intensywnego marszu. Jeśli wtedy żyłki znikną, to będzie dowodem dobrej wydolności zastawek żył łączących i prawidłowej drożności żył głębokich. Wówczas określamy tę próbę jako dodatnią. Próba *Barone* jest wielokrotnym zastosowaniem próby *Perthesa* przez założenie opaski kolejno: na podudzie, powyżej kolana, a potem w połowie uda i w końcu w najwyższej jego części, w celu stwierdzenia jaki wpływ ma praca mięśni na opróżnianie żył powierzchownych a przy braku opróżniania na jakiej wysokości znajduje się przyczyna schorzenia.

Wielu autorów (*Kimmonth*, *Linde*, *Olivier*, *Massel*, *Ettinger*, z Polaków *Węgliński* i *Praszałowicz* — cyt. wg *Maja*) jest zdania, że w każdym przypadku, przed operacją lub w czasie operacji, winna być stosowana flebografia (za pomocą torostratu lub perabrodilu). Uważamy, że nie jest to potrzebne w każdym przypadku i że należy flebografię stosować ze ścisłymi wskazaniem, zwłaszcza, że nie jest ona pozbawiona pewnego niebezpieczeństwa, ze względu na możliwość powstawania zakrzepów i zatorów.

Leczenie żylaków może być: zachowawcze bierne, zachowawcze czynne i operacyjne. Leczenie zachowawcze bierne stosowane w wypadku żylaków, które są krążeniem obocznym dla kończyny na skutek upośledzonej drożności żył głębokich, polega na zapobieganiu nadmiernym zastojom w obrębie żył powierzchownych, prowadzącym często do olbrzymich workowatych uwypukleń ścian żylnych. Cel ten osiągniemy przez stosowanie na kończynę opaski elastycznej założonej prawidłowo jako obwód kłosowy podudzia wstępujący (*spica cruris ascendens*). Znaczną poprawę warunków krążenia uzyskać można również stosowaniem opatrunków kleinowych, zmienianych co dwa — trzy tygodnie. Pomocne jest również stosowanie przewiewnych pończoch elastycznych.

Wszystkie czynne metody leczenia powinny mieć jeden wspólny cel, tj. stałe wyłączenie niewydolnych odcinków żylnych z układu krążenia.

Leczenie zachowawcze czynne polega na wprowadzaniu do żylaków środków obliteracyjnych, zwanych również zakrzeporodnymi. Ten rodzaj leczenia stosowany być może tylko we wczesnych okresach choroby, kiedy żyłki są nieliczne, a niewydolne zastawki zlokalizowane w obrębie podudzi. Oczywiście zastosowanie środków zakrzeporodnych jest zależne przede wszystkim od wyników prób opaskowych, świadczących o drożności żył głębokich. Tylko w wypadkach grożącego pęknięcia żyłaka, przy nadmiernym ścięczeniu pokrywającej go skóry, nie liczymy się z etiologią i wtedy można operować przez podkucie żyłaka, lub użyć środka

zakrzepородnego w ilości 0,5 do 1 ml, aby zamknąć tylko ten żyłak i to na niewielkiej przestrzeni. Obawa przed operacją skłania chorych do próśb o zastosowanie środków zakrzepородnych w wypadkach kwalifikujących się do leczenia operacyjnego. Każdy lekarz, ulegający wtedy tym próśbom, powinien zdać sobie sprawę, że stosując dożyłakowo środek obliteracyjny osiąga efekt krótkotrwały, że przyczyna schorzenia w postaci niewydolności zastawek żyły odpiszczelowej wielkiej trwa nadal i że chory przybędzie za pół roku czy rok z nowymi, czasem jeszcze bardziej licznymi żyłakami (Stefanowski, Aleksandrowicz, Konopko, Załoga).

Obecnie stosuje się bezbolesne i niezbyt drażniące środki zakrzepородne: *Kainon*, który jest solą sodową sulfonu tetradecylu, poza tym *Sotradecol*, *Varicol*, który jest 2% roztworem fenolu z gliceryną i glukozą, 5% *Varicocid* podobny do *Kainonu*, *Neovaricane*, *Varisol*, *Neosclerol*, *Ethanolamine oleate*, 2% *Sodium morrhuate* i *Monolate*. Wstrzykiwanie tych środków w opasce Bierera w odstępach 5—8 dniowych w niewielkiej ilości 1 do 2 ml, bardzo powolne: 0,25 ml co dwie minuty (*in dosi refracta*) do żyłaków nieco wypełnionych w pozycji stojącej lub leżącej chorego — daje dobre efekty lecznicze. Bardzo rzadkie powikłania po podaniu zbyt dużej ilości środka zakrzepородnego tj. 3 do 5 ml mogą się zjawić w postaci bardziej rozległych odczynów zapalnych, zajmujących nie tylko żyły powierzchowne, ale i żyły łączące, a nawet głębokie (Załoga).

Bardzo dobrym środkiem obliteracyjnym jest stosowany obecnie w Przychodni Chirurgicznej przyszpitalnej PSK 2 polski preparat *Varicol*, który nie daje nigdy intensywnych odczynów zapalnych, wywołując niezbyt bolesną trwałą obliterację żyłaków na przestrzeni nie większej jak 10 do 15 cm.

Zdecydowanym przeciwskazaniem do leczenia żyłaków środkami zakrzepородnymi jest: istniejące lub przebyte zakrzepowe zapalenie żył głębokich, poza tym wg Gaugiera, Siccarda i Hempla (cyt. wg Papilka) niewyrównane wady serca, nerczyce, zapalenia nerek, miażdżyca tętnic kończyn dolnych, nadciśnienie, choroba Buergera, guzy jamy brzusznej, okres menstruacji i późne okresy ciąży (oczywiście preparaty chininy nie mogą być stosowane u ciężarnych).

Tab. 1. Chorzy ambulatoryjni z żyłakami kończyn dolnych w okresie 1950/1956 r.

Płeć	Ilość	%	Kończyny		
			prawa	lewa	obie
Kobiety	882	82	291	306	479
Mężczyźni	194	18	27%	28,5%	44,5%

W naszej Przychodni Chirurgicznej w ciągu 7 lat, od r. 1950 do r. 1956 włą., leczono 1.076 chorych z żylakami kończyn dolnych (tab. 1). Spośród tych chorych około 25% leczono środkami obliteracyjnymi. Chorzy w starszym wieku lub młodszy z zaznaczonymi żylakami na udzie byli w zasadzie kwalifikowani do leczenia operacyjnego. Wśród chorych leczących się w przychodni znaczną większość stanowią kobiety w wieku między 20 a 40 rokiem życia. Przy czym czas trwania choroby do chwili zgłoszenia się do leczenia wynosi u znacznej większości od 4 do 6 lat (tab. 2).

Tab. 2. Chorzy ambulatoryjni z żylakami kończyn dolnych w okresie 1950/1956 r. wg wieku i czasu trwania schorzenia

P ł e ć	W i e k w l a t a c h					
	10 — 20	21 — 30	31 — 40	41 — 50	51 — 60	ponad 60
Kobiety	57	218	191	169	152	95
Mężczyźni	15	32	40	43	35	29
Czas trwania choroby	1 — 3	4 — 6	7 — 10	powyżej 10 lat		
	228	491	261	96		

Przychodnia Chirurgiczna obsługuje dwa rejony miejskie, a poza tym przyjmuje wszystkich zgłaszających się chorych nie ubezpieczonych. Dlatego też wydawałoby się, że najwięcej przebywa na leczeniu robotników i ich rodzin, mniej rzemieślników i pracowników umysłowych a najmniej rolników. Tymczasem liczby wykazują, że Przychodnia na 1.076 chorych przyjęła: robotników 76%, rolników 11,5%, pracowników umysłowych 6,5%, rzemieślników 6% (tab. 3).

Tab. 3. Chorzy ambulatoryjni z żylakami kończyn dolnych w okresie 1950/1956 r. wg zawodu.

Robotnicy	Rolnicy	Rzemieślnicy	Pracownicy umysłowi
819	123	64	70
76%	11,5%	6%	6,5%

Na obozie naukowo-społecznym w Sosnowicy, zorganizowanym przez Akademię Medyczną i Instytut Medycyny Pracy i Higieny Wsi, badania terenowe, które objęły całą ludność danego ośrodka wykazały: na 2.194 przebadanych osób, żylaki kończyn dolnych stwierdzono u 289 chorych (13,2%), przeważnie z daleko zaawansowaną sprawą chorobową, często

powikłaną owrzodzeniami podudzi. Z pośród tych 289 chorych zakwalifikowano do operacji 40% (tab. 4).

Tab. 4. Obóz naukowo-społeczny w Sosnowicy.

P ł e ć	Ilość prze- badanych	z żylakami	%	owrzodzenia		skierowano do operacji
Kobiety	2194	233	10,6	48	16,6%	40%
Mężczyźni		56	2,5	8	2,7%	

Przy analizie powikłań towarzyszących żylakom, a obserwowanych w Przychodni, na pierwszy plan wysuwają się: obrzęki stóp, zmiany troficzne skóry podudzi i trudno gojące się owrzodzenia podudzi (tab. 5).

Tab. 5. Chorzy ambulatoryjni z żylakami kończyn dolnych w okresie 1950/1956 r. wg powikłań.

Obrzęki	zmian troficzne	owrzodzenia	stoniowa- cizna	krwotoki	zapalenie żył
306	259	219	24	7	97

Owrzodzenia podudzi mają różną etiologię: 1) jako powikłanie choroby żylakowej, 2) pozakrzepowe, 3) kiła, cukrzyca i nowotwory, 4) pourazowe (rany, złamania, oparzenia, uszkodzenia nerwów itp.) i 5) z przyczyn nieznanych lub niedostatecznie wyjaśnionych (K a m i ń s k i).

Zasadniczą wspólną cechą owrzodzeń podudzi jest ich długotrwałość i oporność na leczenie. Przyczyną tego są zaburzenia w krążeniu krwi polegające bądź na utrudnionym odpływie krwi żyłnej z kończyn, bądź na utrudnionym dopływie krwi tętniczej, lub obu równocześnie. Owrzodzenia na tle żylaków pod względem częstości zajmują pierwsze miejsce. Powstają one najczęściej po drobnym urazie mechanicznym, po otarciu podudzia, małych skaleczeniach i po drobnych zakażeniach. Owrzodzenie poprzedza często stan zapalny na ograniczonej przestrzeni ścianek żył, w otoczeniu których powstaje naciek, zaczerwienie, a następnie martwica tkanek. Kiedy indziej na skutek ścięczenia ścianek żył w rozszerzonym ich świetle dochodzi do zaniku tkanek otoczenia — zcięczenia skóry, co ułatwia powstanie ogniska martwiczego. W ten sposób powstały ubytek w skórze, sprawia wrażenie sprawy banalnej i bywa przez chorych bagatelizowany, dopiero oporne gojenie się ubytku, skłonność do rozszerzania się sprawy i duża bolesność zmusza ich do szukania pomocy

u lekarza. Chorzy z owrzodzeniami podudzia są stałymi bywalcami przychodni chirurgicznych, a często nawet wymagają leczenia klinicznego, co dostatecznie obrazuje nasza statystyka ambulatoryjna i kliniczna.

Wielu autorów podkreśla, że zawód w tych przypadkach nie odgrywa żadnej roli. Na podstawie naszego materiału wynika jednak, że tym powikłaniem chorób naczyń krwionośnych są dotknięci pracownicy fizyczni i rolnicy; stanowią oni aż 40% chorych z owrzodzeniem podudzia. Powikłania te występowały przeważnie w 5 roku choroby. Najbardziej zaniedbane przypadki owrzodzeń przychodzą ze wsi. Sprawa chorobowa dotyczy często obu podudzi i najczęściej wymaga leczenia szpitalnego.

Owrzodzenie ma przebieg bardzo kapryśny, bardzo często całymi miesiącami nie zmienia się, to znowu pokrywa się ziarniną i naskórką. Po pewnym okresie poprawy następuje znowu nawrót do stanu poprzedniego lub nawet pogorszenie (Jaroszewicz, Nowakowski). W naszym materiale ambulatoryjnym spostrzegamy tak często owrzodzenia podudzi, że można śmiało mówić o nowej chorobie społecznej. Chorzy ci w mniejszym lub większym stopniu są kalekami, znaczną część czasu przebywają w łóżku, zajęci ustawicznymi zmianami opatrunków. Okresowe pogorszenia z dużymi bólami wpływają źle na samopoczucie chorych i w znacznym stopniu upośledzają ich zdolność do pracy.

Zasadniczym sposobem leczenia żylakowych owrzodzeń podudzi jest leczenie przyczynowe tj. leczenie żylaków. Wiadomo z doświadczenia, że większość tych owrzodzeń leczy się samoistnie, gdy chorego położymy do łóżka na okres kilku tygodni. Jednocześnie z reguły powstaje nawrót owrzodzenia z chwilą, kiedy chory powraca do pracy.

W większości przypadków żylakowego owrzodzenia podudzia stosujemy leczenie operacyjne żylaków, po którym owrzodzenie zazwyczaj wygaja się całkowicie. W przypadkach szczególnie zaniedbanych stosujemy dodatkowo leczenie owrzodzenia w postaci blokad nowokainowych miejscowych i przykręgowych, nacinania brzegów owrzodzenia, terapii tkankowej, wszczepiania płatków owodni, lub tarczycy pod skórę na podudziu lub udzie, albo przykładania na owrzodzenie, ewentualnie leczenie elektrokoagulacją. (Ermich, Tabeński).

Te sposoby skojarzonego leczenia dają na ogół dobre wyniki, a nawroty spostrzegamy jedynie w tych przypadkach, w których do zasadniczego cierpienia, tj. do żylaków, dołączają się procesy zakrzepowe lub zmiany w naczyniach tętniczych.

Leczenie operacyjne jest nie tylko najbardziej skuteczną metodą leczenia żylaków i owrzodzeń żylakowych, ale też najskuteczniej zapobiega powikłaniom i daje najmniej nawrotów, według piśmiennictwa do 10%, a w naszym materiale 1,6%.



W I Klinice Chirurgicznej Akademii Medycznej w Lublinie stosujemy metodę Trendelenburga-Petersa, która polega na wysokim podwiązaniu żyły odpiszczelowej wielkiej i odcinkowym wycięciu spłotów żylnych na udzie i podudziu. Przy żyłakach, mających podłoże w niewydolności zastawek w zakresie żyły podkolanowej, zwracamy baczna uwagę na podwiązanie żyły odpiszczelowej małej u jej ujścia do żyły podkolanowej. Wyjątkowo, w dobranych przypadkach, stosujemy metodę operacyjną Babcocka, natomiast nie stosujemy operacji Rindfleischa, Madelunga, i innych tego typu. Nie stosujemy również śródoperacyjnego wstrzykiwania środków obliteracyjnych, zachowując je dla ewentualnego uzupełniającego leczenia pooperacyjnego. Za przeciwwskazania do operacji żyłaków, zgodnie z innymi autorami (Peytoni, Loop, Shank, Dood, Mc. Pheaters i inni cyt. wg Maja) uważamy: niewyrównane wady serca, bardzo podeszły wiek, otyłość, ciężka cukrzyca, choroba Buergera, stany pozakrzepowej niedrożności żył głębokich i ciąża powyżej 4 miesiąca.

Z pośród powikłań pooperacyjnych najgroźniejsze choć bardzo rzadkie (1—2%) są zatory płucne, zakrzepy żył głębokich, zwłaszcza przy śródoperacyjnym użyciu zbyt dużej ilości środka krzeporodnego i bardzo rzadko limfotok z przeciętych naczyń chłonnych, w wypadku zbyt rozległych skośnych cięć poniżej zagłębienia owalnego. Dlatego też, naszym zdaniem, najważniejsze jest dokładne określenie położenia żyły odpiszczelowej i dotarcie do niej z cięcia podłużnego, aby uniknąć w ten sposób uszkodzenia mnogich naczyń chłonnych.

Materiał operacyjny I Kliniki Chirurgicznej za okres 7 lat, tj od r. 1950 do r. 1956 włącznie, obejmuje 361 przypadków, w tym 224 kobiety (ok. 62%) i 137 mężczyzn (ok. 38%), w tym rolnicy stanowili 53 przypadków, tj. 15% wszystkich operowanych chorych (tab. 6). Ilość nawrotów w naszym materiale wynosi 1,6%. W większości przyczyną nawrotu było przeoczenie w czasie pierwszego zabiegu żyły odpiszczelowej dodatkowej (tab. 6).

Tab. 6. Chorzy operowani w I Klinice Chirurgicznej z żyłakami kończyn dolnych w okresie 1950/1956 r.

P ł e ć	Ilość	%	K o ń c z y n y			Nawroty
			prawa	lewa	obie	
Kobiety	224	62	59	75	227	1,6%
Mężczyźni	137	38	16%	21%	63%	

## WNIOSKI

1. Żylaki są częstą chorobą wśród ludności wiejskiej i miejskiej, przy czym częstość występowania żylaków nie wykazuje większych różnic między ludnością wiejską a miejską.

2. Przebieg choroby wśród ludności wiejskiej jest cięższy, z powodu późnego zgłaszania się chorych do leczenia, a ilość powikłań o wiele większa.

3. Leczenie operacyjne żylaków jest dobrym i pewnym sposobem postępowania, po którym ilość nawrotów jest bardzo niska i wynosi około 1,6%. Leczenie operacyjne jest równocześnie najlepszym sposobem zapobiegawczym, chroniącym od powikłań, takich jak: zakrzepowe zapalenie żył w żylakach i owrzodzenia podudzia.

4. Szerzenie oświaty sanitarnej i szerokie uświadomienie ludności wiejskiej o konieczności wczesnego zgłaszania się do leczenia, wpłynie niewątpliwie korzystnie na poprawę stanu zdrowotnego pod tym względem i zmniejszy znacznie ilość niezdolnych do pracy.

## PISMIENNICTWO

1. Askerchanow R. P.: Chirurgia (1953) 4, 76, 2. Ermich J. i Tabenski: Polski Przegl. Chirurg. (1954), 9, 825, 3. Jaroszewicz K. i Nowakowski S.: Polski Przegl. Chirurg. (1954), 3, 269, 4. Kamiński W.: Polski Tyg. Lek. (1957), 27, 1028, 5. Maj J.: Polski Przegl. Chirurg. (1954), 9, 837, 6. Papilka J.: Rozhl. w Chir. (1952), 9, 240, 7. Piulache P., Barraquer F. V.: Angiology, (1953), 4, 59, 8. Stefanowski M., Aleksandrowicz J., Konopko C. i Załoga K.: Polski Przegl. Chirurg. (1957), 1, 59, 9. Załoga K.: Polski Przegl. Chirurg. (1956), 11, 1149.

## Р Е З Ю М Е

Авторами описаны: этиология, патогенез и лечение варикозных расширений вен на нижних конечностях, а также их нередких осложнений — варикозных язв голени — на основании клинического операционного и амбулаторного материалов за последние 7 лет (1950—1956), с особым учетом характера сельских работ, как этиологического фактора, способствующего образованию варикозных расширений вен, а также запущенных язв голени у сельского населения.

## SUMMARY

The authors describe the etiology, pathogenesis and treatment of varicose veins of the lower extremities and of their frequent complication — varicose ulceration of the lower leg. The discussion is based on the material collected in the clinic and in the outpatients department during the last 7 years (1950—1956), with special attention to patients coming from the country, in whom there is observed a greater neglect of the disease (belated application for medical advice) and a greater percentage of complications in the form of ulceration of the lower leg.

