

# GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE  
POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKIEJ,  
FARMACYI I WETERYNARYI.

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

Cena Biblioteki Umiejętności Lekarskich. *W redakcyi* półrocznie (od 1 lipca 1871 do 1 stycznia 1872 roku) r. sr. 10; od początku wydawnictwa do 1 stycznia 1872 r. sr. 88. (z przesyłką).

Cena Kalendarza Lekarskiego na rok 1871 r. sr. 1. Przedpłata na Kal. Lek. na r. 1872 r. sr. 1.

**TREŚĆ:** Postrzeżenia z praktyki lekarskiej. Słoniowatość warg sromnych (*Elephantiasis v. pachydermia labiorum maiorum*). Spostrzeżenie Dra Krajewskiego Feliksa, ordynatora szpitali Hrubieszowskich. Przerost elefantiyczny lewej wargi sromowej większej, i t. d. Opisał Dr. L. A. Neugebauer, b. Docent akuszeryi. **Kronika Zagraniczna.** Przyczynki do nauki o wypilowaniu stawu kolanowego u dzieci. Przez Prof. Königa. Streścił Dr. Gruell (z Ostrowca). **Korrespondencya z Piotrkowa.** Przez Dra Stanisława Szancera. **Wiadomości bieżące.** Działanie ciepłych kąpieeli przy wodnej puchlinie (*hydrops*). Streścił Dr. W. Mayzel. **Dodatek.** Policyi lekarskiej T. I ark. 8, T. III ark. 6.

**Słoniowatość warg sromnych** (*Elephantiasis v. pachydermia labiorum maiorum*).

Spostrzeżenie Dra Krajewskiego Feliksa, ordynatora szpitali Hrubieszowskich.

W dniu 30 maja 1871 r. przywiezioną została do szpitala św. Jadwigi w Hrubieszowie Katarzyna Kanarska, lat 35 licząca, z wsi Malic, z żądaniem pomocy operacyjnej, w celu uwolnienia jej od narośli znacznej wielkości, znajdujących się na wargach sromnych.

**P r z e s ł o ś ć** (*Anamnesis*). Z starannego badania okazało się, że Kanarska miała rodziców zdrowych i silnie zbudowanych, ojciec jej zmarł w 50 roku życia, jak się zdaje z zapalenia płuc, matka zaś w 48 roku życia z choroby gorączkowej; sądząc więc z tego, spadkowości cierpienia przypuszczać niepodobna.

Chora, oprócz odry i szkarlatyny w dzieciństwie, jakoteż kilkakrotnych chorób kataralnych w dojrzałym wieku, żadnym innym cierpieniem nie podlegała. Czyśczenia miesięczne zjawily się w końcu 14-go roku życia, i dotąd bez żadnej przeszkody co miesiąc się powtarzają. W 25-ym roku życia będąc zupełnie zdrową, Kanarska wyszła za mąż po raz pierwszy, a w miesiącu 10 została matką; po upływie zaś roku straciła męża z zapalenia płuc, a nowonarodzone dziecię z krupu. Po trzech latach wdowieństwa wyszła powtórnie za mąż, i w 4 tygodnie potem zaszła w ciążę; w trzy miesiące idąc z mężem na jarmark do sąsiedniego miasteczka, poczuła silny swęd na wardze sromnej prawej (w którym to miejscu miała znamię

rodzime, wielkości, kształtu i koloru poziomki); swęd był tak silny, iż jak twierdzi chora, bez podrapania się wytrzymać nie mogła, a dotykając tego miejsca przekonała się, iż oprócz znamienia na wardze sromnej prawej, znajduje się jeszcze druga opuchłość wielkości orzecha, której przedtem wcale nie było; wróciwszy do domu miała silny swęd i pieczenie na wskazanem miejscu, pojawiła się też czerwoność i obrzmienie w około, lecz okładanie zimnem mlekiem zaradziło złemu, tak że przypadłości w ciągu dni kilku znikły prawie bez śladu. Z biegiem czasu, obrzęknięcie wzrastać zaczęło, chociaż bardzo powolnie; w ciągu pierwszego roku istnienia narośli, czerwoność, swęd, ból i pieczenie powtarzały się kilkakrotnie, za każdym razem obrzękłość powiększać się zdawała, a po ustaniu przypadłości jakoby się zmniejszała, a przynajmniej boleć zupełnie przestawała, co też stawało się przyczyną, że Kanarska nie szukała na swe cierpienia pomocy.

W ciągu lat dwóch narośl doszła do wielkości pięści, a począwszy się prawie na środku wargi sromnej prawej, posuwała się po wardze ku górze w kierunku spojenia kości łonowych. Cztery lata temu K. powtórnie zaszła w ciążę, w ciągu której, przypadłości róży na miejscu chorem kilkakrotnie się pojawiały, a narośl skutkiem tego znacznie się powiększała, tak że w chwili rozwiązania, była wielkości głowy dziecięcia, i w tym stanie przetrwała prawie lat dwa, w którym to czasie przypadła 3-cia ciąża K., od której rozwój narośli szybko postępował; posunęła się ona na spój górny sromu (*commissura anterior vulvae*) a nawet w części na wargę wielką lewą, i doszła tak znacznej wielkości, iż obwisłszy na dół cały srom sobą pokryła i pomiędzy nogami chorej zawisła. Narośl w mowie będąca przy 3-cim pologu K. tylko tyle utrudzenia zrobiła, że wypadło ją unieść ku przedniej ścianie brzucha, aby wyjście płodu uswobodnić, tak też samo jak twierdzi chora urządziła się ona przy spółkowaniach, które bez usunięcia narośli były niemożliwymi. Od początku więc okazania się narośli do chwili przybycia chorej do szpitala, upłynęło mniej więcej lat 6. Najtroskliwsze badanie przyczyn nic oprócz przypuszczalnego przeziębienia przy podróży piechotą wykryć nam nie zdołało.

Troje żyjących dzieci K. są zupełnie zdrowe i dobrze rozwinięte, najstarsza tylko dziewczynka ma na wardze sromnej prawej narośl wielkości i kształtu poziomki, jak to było w dzieciństwie u jej matki.

Stan chorej przy wstąpieniu do zakładu: Wzrost i budowa ciała dobre, cera i wygląd zadawalniające, na twarzy wyraz zmęczenia, odżywianie dosyć dobre, tłuszczu pod skórą nie wiele, trawienie w dobrym porządku, język czysty, apetyt dobry, wypróżnienia stolcowe codzienne; system cyrkulacyjny w stanie naturalnym, tak co do serca, jako też i puls, który uderza 76 razy na minutę, temperatura ciała normalna, ruchów gorączkowych żadnych, organa oddechowe w stanie naturalnym; periody powtarzają się co 4 tygodnie bez wszelkich dolegliwości. Przy obejrzeniu części płciowych dostrzegłem co następuje: części płciowe zewnętrzne poczynając od pagórka sromnego (*mons veneris*) są w zupełności pokryte naroślą, która sięga prawie do kolan, i ma około 10 cali długości i tyleż szerokości, wagi mniej więcej około funtów 10 mieć może; prawie na spojeniu kości łonowych czuje się podstawę narośli około 1 $\frac{1}{2}$  cala w obwodzie mającą, dosyć twardą, ze zbi-

tej tkani komórkowatej złożoną. Narośl na dotykanie jest gąbczasto-tłuszczową, na powierzchni przedniej gładką, cokolwiek brunatną; dawniej w pośrodku a dziś więcej ku stronie lewej, narośl jest przedzieloną i przedstawia w tem miejscu załom, czyli przedział którym siedzieli na dwie części, z których prawa jest 4 razy większa jak lewa. Wklęśnienie to przedstawia spoinę górną warg sromnych (*commissura anterior labiorum maiorum*), która w skutku rozrostu tkani taką przybrała formę; skóra w załomie tym jest naturalną; poczynając od brzegu dolnego narośli i idąc ku tyłowi, widzimy mnóstwo guzików rozmaitej wielkości, stanowiących rozrost skóry i tkanki komórkowatej; narosty te brodawkowo-modzelowatej natury znajdują się w ogromnej ilości, i sięgają do połowy prawie wysokości ściany tylnej narośli głównej, do którego to znowu miejsca wysuwa się zgrubiała, rozrosła i w kształcie wachlarza rozszerzona błona śluzowa z wnętrza warg sromnych.

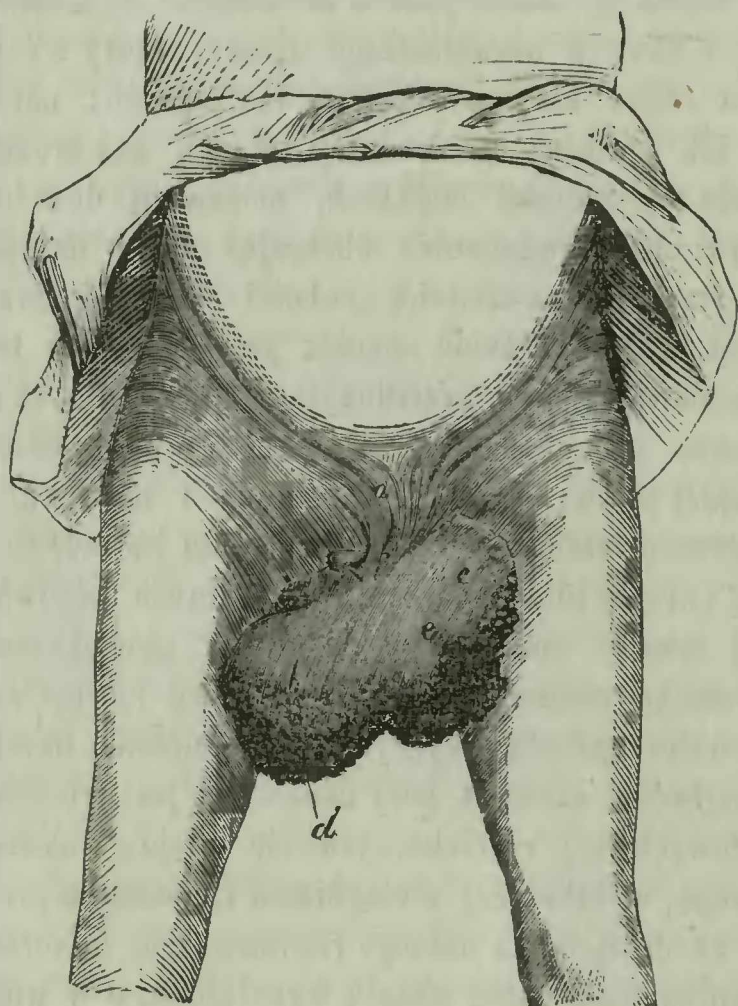
Jak już powiedziałem, narośl sięga prawie do kolan, średnica więc jej od pagórka sromowego do wierzchołka wynosi około 10 cali, tak iż sam wymiar otrzymamy poprowadziwszy linię poprzeczną przez największą szerokość od biodra prawego ku lewemu; grubość zaś narośli może mieć najwyżej cali 6. Muszę zwrócić uwagę, że wymiary narośli po odjęciu znacznie się zmniejszyły, już to w skutku przerwane go ciężenia ku dołowi, już też w skutku straconej sprężystości i żywotności tkani. Narośl w skutku tak znacznej objętości jest chorej niesłychanie przykra, tak w skutku ciężenia, jakoteż i niemożności należytego stawiania uóg, czemu narośl przeszkadza. Chora jest zgarbioną, jakby przyciąganą ciężarem do ziemi, chodzenie jest dla niej nadzwyczajnie trudnem, stanie prawie nie możliwem, a nawet siedzenie i leżenie jest utrudzającym, z powodu niewolniczego ciężaru, który z sobą dźwigać musi. Instynktem własnym chora ulżywa sobie w ten sposób: narośl we właściwem położeniu (to jest tak jak wyrosła) ma średnicy 10 cali, zaś grubość jej wynosi 6 cali, że zaś cała składa się z części miękkich, można ją dowolnie w żądanym kierunku przekładać; otóż chora radzi sobie obracając narośl na podstawie w ten sposób, aby jej zwykłą średnicę na średnicę grubości zamienić, przez co zyskuje ona swobodę w ruchach, bez zmiany ciężenia narośli; przekładaniem tem narośl znacznie się wyciągnęła, a podstawa jej się przedłużyła w ten sposób, iż od kości łonowej wyraźnie wyczuć można jakby sznur gruby, na którym się narośl trzyma (*pedunculatio tumoris*). Na całej powierzchni narośli żadnych nadpęknięć, owrzodzeń, ani starć skóry nie znalazłem, owszem opuchłość z wierzchu jest zupełnie czystą i suchą, zaś od spodu gdzie się okrywa błoną śluzową, przedstawia cokolwiek wilgoci, jak to zwykle bywa. Wargi sromne mniejsze są cokolwiek powiększone, lecz niezmiennione co do ustroju, lechtaczka naturalna, otwór moczowy zewnętrzny jakby na zewnątrz wysunięty, i całkowicie naroślą przykryty, bez usunięcia narośli oddawanie moczu jest prawie niemożliwem, a nawet przy usunięciu jest trudnem, bo i wtedy mocz po częściach pleiowych się rozcieka, jak się zdaje w skutku straconej sprężystości kanału moczowego, wynikającej z ciągnięcia i uciskania przez narośl. Dolna część warg sromnych aż do spojenia dolnego (*commissura labiorum inferior*) również jest zgrubiała, tkaniną podskórną stężalą wypełnioną, a w wielu miejscach na powierzchni wzniesienia różnej wielkości (od ziarnka prosa do wielko-

ści małego grochu) obficie przedstawiają się jako zarody przyszłych zwyrodnień podobnych do tych które widzimy. Rękaw maciczny, jako też i części płciowe wewnętrzne w zupełnym porządku.

Chora w skutek ciemnoty, zabobonów i bojaźni lekarzy zwlekała z zażądaniem pomocy aż do chwili obecnej, teraz zaś zniecierpliwiona swym stanem przybyła do zakładu stawiając nam za konieczność, uwolnienie jej od narośli, albowiem jak twierdzi, jeśli jej odmówimy operacyi, jest tak zdesperowana, że sama sobie narośl siekierą odetnie.

Nadmieniam, iż na wewnętrznych powierzchniach obu bioder i goleni, znajdują się liczne rozszerzenia żył (*varices*), szczególnie wyraźne w obu pachwinach; w obu też pachwinach na całym ich przebiegu znalazłem opuchnienie gruczołów chłonnych, tak powierzchownych, jako też i głębszych; opuchnienie to jest małe, zdaje się zależeć głównie od ciążenia narośli, i w żadnym innem miejscu ciała wysledzić się nie dało. Żałować niesłychanie wypada, że w tak małym jak Hrubieszów miasteczku, nie mamy ani fotografa ani też dobrego rysownika, musiałem się więc ograniczyć niedokładnym rysunkiem uproszonego diletanta w celu wykazania formy i sposobu przymocowania narośli, a o ile rysunek jest niedokładnym, o tyle mam nadzieję, że preparat spirytusowy dołączający się, udokładni tak pojęcie położenia jako też i jakość narośli.

R o z p o z n a w a n i e. Umieszczenie narośli na wargach sromnych, sposób rozwijania się napadowy w formie zapalenia różowatego (*forma erysipelatosi*),



#### Objaśnienie rysunku.

a. Jest pagórek sromny (*mons veneris*) rowkami z ciążenia narośli wynikłymi poorany.

b. Jest rozrost wargi sromnej prawej.

c. Jest rozrost częściowy wargi sromnej lewej.

d. Jest dolna część narośli.

e. Jest przedział ze spoju górnego sromu powstały (*commissura superior vulvae*).

f. Jest podstawa narośli.

Na dolnej części narośli widać gruzły, które dół i tył narośli stanowiły. Położenie narośli jest właściwe, to jest takie w jakim wyrosła; jak wspomniałem, chora nosiła najczęściej narośl w średnicy jej grubości, a wtenczas widziana na rysunku powierzchnia górna przechodziła ku stronie wewnętrznej biodra prawego, zaś powierzchnia dolna ku takiejże stronie biodra lewego.

powtarzającego się nieskończoną ilość razy, powolny wzrost narośli, jej znaczna objętość, wyraźny rozrost elementów skóry i tkani podskórnej, modzelowate wybujalności w znacznej liczbie, konsystencya narośli, jej kolor, jakoteż i brak ogólnych oznak jakiegokolwiek charłactwa soków, kazały stanowczo uznać chorobę za miejscową, na rozroście pierwiastków skórnych uzasadnioną, a pod nazwą słoniowatości (*elephantiasis Arabum v. pachydermia labiorum majorum*) w nauce znaną.

Doszedłszy do tego przekonania, pozostawało oznaczyć tylko rodzaj i okres choroby. Otóż co do 1-go: Zważając na konsystencyę narośli, wypadało ją uznać za słoniowatość miękką (*E. mollis v. levis*), w części przedniej gładką (*E. glabra*), zaś w części dolnej i tylnej gruzłowatą (*E. verrucosa v. nodosa*); co do koloru, ponieważ kolor skóry został niezmienionym, i tylko przednia powierzchnia była cokolwiek brunatną, wypadek nasz nazwaćby można słoniowacizną brunatną (*E. fusca*)<sup>1)</sup>.

Co do 2-go. Jak wiadomo, w nauce odróżnia się trzy okresy słoniowacizny, to jest: okres róży (*stadium erysipelatosum*), okres rozrostu czyli bujania (*stadium hyperplasticum*) i okres owrzodzenia (*stadium ulcerosum*). Stosując ten podział do naszej chorej, widzimy, że okres pierwszy od lat dwóch u niej przeminął, a zaś trzeci jeszcze wcale nie nastąpił, jest więc narośl w okresie bujania (*stadium hyperplasticum*). Czyli streszczając pojęcia rozpoznawcze, określenie postawi się w ten sposób: mamy do czynienia ze słoniowatością warg sromowych większych, która jest miękką, brunatną, w części gładką, a w części modzelowatą, i znajduje się w okresie drugim, czyli bujania tkani. (Dokończenie nastąpi).

Przerost elefantyatyczny lewój wargi sromowej większej, obydwóch warg sromowych mniejszych, łechtaczki, ściany tylnej zatoki moczopłciowej i części przedniej śródkrocza, powikłany z podobnymże przerostem, ale zarazem wysoko posuniętym owrzodzeniem ścian pochwy.—Odjęcie galwanokaustyczne głównej narośli złożonej z lewój wargi sromowej większej, dwóch warg sromowych mniejszych i łechtaczki z następnym odcięciem narośli mniejszych na obwodzie tylnym otworu sromowego powstałych, za pomocą nożyczek.—Wyleczenie.

Opisał Dr. L. A. Neugebauer, b. Docent akuszeryi.

Michalina P..., żona wyrobnika, lat wieku 25 licząca, w dniu 28 grudnia 1865 r. do szpitala przyjęta, kobieta wzrostu niskiego, budowy ciała silnej, tuszy dobrej, szatynka, od roku 15go życia swego miesiączkująca, od wszelkich chorób konstytucjonalnych wolna, od roku życia 20 (r. 1861) mężczyźnie zdrowemu i również od chorób konstytucjonalnych wolnemu zaślubiona, krótko po pójściu

<sup>1)</sup> G i r s z t o w t: Chirurg teoret. Tom 2, ark. 5, str. 65.

za mąż zaszła w ciążę. Od tegoż czasu poczęła doznawać nieznanego jej przedtem swędzenia w częściach płciowych zewnętrznych. Po niejakiem czasie ukazały się na wolnym brzegu lewej wargi sromowej większej, tudzież na obu wargach sromowych mniejszych, później nareszcie sromu, a w końcu nawet i na śródkroczu, guzeczki okrągławe wielkości ziarn konopnych, które z wolna się powiększały. Przytęm i same części wymienione, a przedewszystkiem warga sromowa większa lewa z wolna coraz więcej obrzmiewały, i cały srom w końcu zamienił się na duży guz, wolno między udami wiszący, który chorej przez swój ciężar i swoją objętość, zwłaszcza przy chodzeniu, mocno dolegał. Na domiar zaś tego wszystkiego chora dotknięta została jeszcze i odchodem śluzu ostrego z pochwy, który, ściekając po powierzchni przeistoczonych części sromowych, wywołał bolesne owrzodzenie tychże części. Tymczasem ciąża doszła szczęśliwie do należytego końca, i poród odbył się siłami natury, jak najpomyślniej. Chora dziecię sama karmiła. Było zdrowe i rozwijało się należycie po miesiąc dziewiąty życia swego, gdzie, ząbkując dotknięciem zostało drgawkami i umarło.

W roku 1863 chora powtórnie zaszła w ciążę. Druga ta jednak ciąża nie doszła do należytego końca, lecz zakończyła się w szóstym miesiącu poronieniem. Płód przyszedł na świat nieżywy, ale przedstawiał wejrzeń świeże.

W dwa lata potem po poronieniu, chora, po raz trzeci w ciążę zaszędszy, płód tą razą szczęśliwie donosiła. Poród atoli miała trudny. Leżała bowiem całe cztery doby w bólach porodowych, i jakkolwiek w końcu dziecię w położeniu głowowem znajdujące się siłami natury na świat wydała, toż dziecię jednak podczas porodu żyć przestało.

Poród ten trzeci miał miejsce w miesiącu marcu 1865 r.; niebawem po skończeniu porodu, chora dostała czyszczenia miesięcznego. Ale to czyszczenie było bardzo małe i, ustawszy, już nigdy więcej się nie powtórzyło, a chora w ciążę już nie zaszła.

Przy tem wszystkim, przeistoczenie sromu przez cały ten czas już utrzymywało się na tym samym stopniu, jak niemniej i wyż wspomniony odchód śluzu z części rodnych trwał ciągle. Stan zaś ogólny chorej szwanku żadnego przez cały ten przeciąg czasu nie doznał.

Śledząc chorą, znalazłem części jej płciowe zewnętrzne przeistoczone w wielką narośl wolno między udami jej wiszącą, której część wolna była znacznie od podstawowej grubsza. Narośl ta miała długości blisko sześć cali. Grubość części jej podstawowej czyli szypuły wynosiła trzy do półczwarta cala, grubość zaś części wolnej czyli właściwego jej ciała cztery cale i dziewięć linii. Powierzchnia jej była nadzwyczajnie nierówna. Okazywała ona się bowiem nietylko przez głębokie wcięcia i szczeliny podzielona na różne mniejsze i większe oddziały czyli zrazy, ale nadto jeszcze i każdy pojedynczy zraz z osobna był obsadzony różnej wielkości guzulkami, z których najmniejsze miały objętość ziarn grochu polnego, a największe objętość ziarn kawy i większą. Guzeczki te, będąc między sobą rozgraniczonymi głębokimi rowkami, w niektórych miejscach, zwłaszcza po brzegach wolnych zrazów narośli, ugrupowane były w sposób, żeby tak powiedzieć, brukowy, a w innych znowu miejscach składały jakby rodzaj krótkich gronek. Były one powleczone

naskórką gładką, suchą, barwy szaro różowej. Z większych zaś zrazów narodziły się trzy odznaczające się przeważającą objętością. Z tych znowu jeden znacznie był większy od pozostałych dwóch i obejmował mniej więcej pięć szóstych całej masy narodziły, gdy zaś pozostała szósta część tejże masy, składała się z dwóch zrazów mniejszych, równej mniej więcej wielkości będących. Zraz największy odpowiadał co do położenia lewej wardze sromowej większej, dwa mniejsze zrazy zaś odpowiadały dwóm wargom sromowym mniejszym. Tymczasem prawy ze zrazów dwóch ostatnich, nie wyłącznie z odpowiedniej mu wargi sromowej tylko był złożony, ale mieścił w swej masie nadto i pierwiastki łechtaczki. Ostatnie stanowiły jakby odrębny oddział części wewnętrznej tego zrazu.

Opisane zrazy narodziły się na powierzchniach swoich zewnętrznych, o ile też powierzchnie nie były pokryte wyżej wspomnianymi guzłkami, powleczone były zwyczajną skórą, tam zaś, gdzie były niemi pokryte, powleczone były naskórką cienką, gładką, suchą, szaro-różowego koloru. Na powierzchniach zaś wewnętrznych czyli odpowiadających otworowi sromowemu, pokryte były zaczerwienioną i powierzchownie owrzodzoną błoną śluzową.

Opisane przeistoczenie ograniczało się jednak nie na samych tylko wyżej wspomnianych częściach sromu, ale rozciągało się także i na wargę sromową większą prawą, jak niemniej na śródkrocze; było tu jednak o wiele mniej znaczne i przedstawiało się zarazem i w nieco odmienną postać, wyobrażało bowiem dwie zaokrąglone pół jajkowate wyniosłości, z których każda miała półtora cała długości, blisko  $\frac{3}{4}$  cała szerokości i tyleż prawie wysokości, a z których jedna osadzona była na części tylnej powierzchni wewnętrznej rzeczonyj wargi sromowej, druga na części przedniej śródkrocza i ścianie tylnej zatoki moczopłciowej. Wyniosłości te zresztą były tejże konsystencji i barwy, co i wyżej wspomniane guzłki lewej wargi sromowej większej i dwóch warg sromowych mniejszych, które na stronie swej zwróconej do ujścia pochwy były owrzodzone.

W końcu także i pochwa była nie tylko w całej swej długości aż po samą część pochwową macicy owrzodzona, ale nadto i w jej ścianach namacać można było liczne mniejsze i większe miejsca stwardniałe i nakształt guzłków do kanału pochwy wystających, które co do postaci i konsystencji o tyle tylko różniły się od guzłków znajdujących się na częściach płciowych zewnętrznych, że były więcej płaskie i nieco większe.

Stan ogólny chorej był dobry, ale jak już wyżej nadmieniałem, pozbawiona była swej regularności, nie będąc ciężarną.

Ponieważ chora od narodziły swej, która nie mogła być niczem inną, jak przerosłem elefantyaty cznym części sromowych uwolnioną być mogła jedynie w drodze operacji, postanowiłem więc też operację wykonać i do jej wykonania użyć dwóch równocześnie działających ekrazerów czyli przegniataczy. Nim jednak do samej operacji przystąpiłem, starałem się poprzednio jeszcze usunąć ile można owrzodzenie pochwy i przerosłych części płciowych zewnętrznych. W tym celu użyłem często powtarzanych oczyszczeń tych części wodą letnią i przestrzykiwania ich płynami ściągającymi. Kiedy zaś owrzodzenie już było zmniejszone, wziąłem się do samej operacji.

Ta miała miejsce w dniu 22 stycznia 1866 r.; assistowali mi przy niej koledzy Groër, Chwat i Nowakowski.

Przebieg operacyi był następujący. Udzieliwszy chorój położenie jak do litotomii, przepchnąłem nasamprzód przez środek osady narośli głównej od strony ujścia pochwy ku stronie lewej i przedniej narośli, zwyczajny trójgraniec, usunąłem sztylet i przez pozostawioną w częściach miękkich rurkę trójgranicową, za pomocą zgłębnika uszkiem opatrzonego, przeciągnąłem dwie nitki, następnie po tychże nitkach wycofnąłem rurkę trójgranicową z osady narośli, i przytwierdziłem do nitek łańcuszki dwóch różnych ekrazerów. Z tych dwóch ekrazerów był jeden Chassaignac'a (fabryki Mathieu'a), drugi był odmianą narzędzia Chassaignac'a, podaną i wykonaną przez Carrier'a. Użyłem umyślnie tych dwóch różnie ukształconych gatunków tego narzędzia, aby przy tej sposobności zarazem się przekonać, który z nich lepiej działa. Po przeciągnięciu łańcuszków przez podstawę narośli, odczepiłem nitki i ten z łańcuszków, który należał do ekrazer'a pierwotnego Chassaignac'a, zwróciłem ku dołowi czyli tyłowi, a ten zaś, który odpowiadał ekrazerowi Carrierowskiemu, ku górze czyli przodowi, i utwierdziłem ich końce w odpowiednich im narzędziach. Postępując tak, ująłem ekrazerem pierwotnym Chassaignac'a, tylną, a ekrazerem Carrierowskim przednią połowę szypuły narośli, z których to jej dwóch połów, pierwsza odpowiadała mniej więcej średniej i tylnej trzeciej części wargi sromowej większej lewej, a druga przedniej trzeciej tejże wargi sromowej, oraz dwóm wargom sromowym mniejszym i lechtaczce. W końcu ekrazer Carrierowski oddałem w ręce kolegi Chwata, a sam wzięłem się do ekrazeru Chassaignakowskiego. Zaczęliśmy oba równocześnie narzędziami działać.

Kiedy każdy z łańcuszków ujętą nim połowę szypuły narośli przegniótł już mniej więcej do trzeciej lub czwartej części jej średnicy, ekrazer Chassaignac'a, mimo że był należycie zbudowany i w jak najlepszym znajdował się stanie, końce łańcuszka mu odpowiedniego, do kanału swego już dalej wciągać przestał, czyli innemi słowy zaprzestał działać.

W skutek tej okoliczności, jasno udowadniającej wyższość formy Carrierowskiej ekrazer'a nad formą jego oryginalną przez Chassaignac'a podaną, niebawem ekrazer Chassaignakowski usunąłem i przez inny egzemplarz odmiany Carrierowskiej tegoż narzędzia zastąpiłem, który na wszelki przypadek miałem na doręczu.

Przegniecenie reszty części miękkich łańcuszkami ekrazerów ujętych, żadnej dalszej przeszkody już nie doznało, i po upływie mniej więcej kwadransa czasu od początku operacyi, narośl była odjęta.

Po odjęciu jej nastąpiło mocne krwawienie z tej części oddziału przedniego rany operacyjnej, która odpowiadała wargom sromowym mniejszym i lechtaczce. Krew toczyła się nietylko z kilku żył, ale i z jednej tętnicy. Z ostatniej nawet silnym wytryskiwała promieniem. Krwawienie to dosyć było uporczywe i dopiero po podwiązaniu rzeczonyj tętnicy i oblaniu przestrzeni krwawiącej roztworem półtorochlorku żelaza uspokoilo się.



Po uspokojeniu krwawienia, oczyszczeniu rany i opatrzeniu jej skubanką, zastosowałem okłady z wody zimnej na całą okolice sromową, i zadałem chorą gran makowca do wewnątrz, przepisując jej zarazem dyetę ścisłą. Chora w dniach następnych miała się dobrze i prawie nie gorączkowała.

W dniu 25 stycznia zmieniając opatrunek znalazłem w ranie początki ropienia.

W parę dni potem z tętnicy podwiązanej odpadła nitka, niebawem po odpadnięciu jej ukazały się w ranie zdrowe granulacye, a w dniu 12 lutego okazywać się zaczęły początki zabliznienia, które jednak mimo powtarzanego co parę dni lekkiego przyżegania rany kamieniem piekielnym i zastosowania dyety wzmacniającej w ogólności, powoli tylko się posuwało i nie pierwaj jak na początku miesiąca kwietnia było dopiero ze wszystkim dokończone.

Równocześnie z raną wygoiło się także i owrzodzenie pochwy. Pozostawało teraz oddalić jeszcze i owe dwie wyżej wspomniane narośle półjajkowate, z których jedna osadzona była na części tylnej powierzchni wewnętrznej wargi sromowej większej prawej, druga na ścianie tylnej zatoki moczopłciowej i śródkrocza. Oddalenie to ich uskuteczniłem w dniu 14 kwietnia, wspólnie z *Drem Oskar*em *Heyfelderem* z Wilna, za pomocą *nożyczek*.

Rany z odjęcia tych ostatnich narośli wynikłe, stosunkowo znacznie prędzej niż rana przez odgniecenie głównej narośli wywołana, pokryły się substancją bliznową i z początkiem miesiąca maja były zagojone. W dniu jeszcze 2. rzeczonego co dopiero miesiąca maja, chora zupełnie zdrowa opuściła szpital.

## KRONIKA ZAGRANICZNA.

### Przyczynek do nauki o wypilowaniu stawu kolanowego u dzieci.

przez Prof. *Königa*.

Streścił *Dr. Gruell* (z Ostrowca).

(*Dr. König—Archiv für klin. Chirurgie. IX Band, pg. 177—220*).

Operacya wypilowania stawu kolanowego u dzieci, wielu licząca zwolenników między lekarzami Anglii i Ameryki, w Niemczech i we Francyi coraz rzadziej bywa wykonywaną.

Wpływają na to dwie głównie przyczyny: z jednej strony ulepszenie metody leczenia chorób stawowych pozwalające myśleć o zachowaniu takich nawet stawów, które dawniej z góry uznawane były za nieuleczalne, i bezwzględnie poddawane były operacyi; z drugiej strony, bardzo często wydarzające się powstrzymanie we wzroście kończyn na których w dzieciństwie wykonanem było wypilowanie stawu kolanowego, co je czyni zupełnie nieużytecznymi dla dorosłych.

Lecz nie należy spuszczać z uwagi i tej okoliczności, że w wielu razach, traktowanie chorych stawów i według najodpowiedniejszych obecnemu stanowisku nauki prawideł, nie osiąga zamierzonego celu; że choroba nie leczy się, lub też uleczona pozostawilaby członek zniekształtowanym i nieużytecznym. W innych razach cierpienie z samego początku bywa tak zaniedbanem, iż pod opiekę naszą uciekają się chorzy, u których o leczeniu bezoperacyjnem nie może być mowy.

Cóż w tych razach pocniemy? Będziemyż bezczynnymi widzami coraz dalej szerzących się zniszczeń w stawie, które grożą choremu utratą całej kończyny, jeżeli nie życia? Dlaczegoż nie mielibyśmy się uciec w takim wypadku do wypilowania stawu kolanowego, jak to czynimy z innymi stawami?

Rozpatrzmy zatem, które z chorób stawu domagają się jego wypilowania, co staje w niektórych razach na przeszkodzie do uleczenia tych chorób, i czy z wypilowaniem stawu przeszkody te zostają usuniętymi.

Do miejscowych okoliczności powodujących trudną uleczalność chorób stawów, należy w późniejszych okresach guza białego (*tumor albus*), tworzenie się mnóstwa przetok o krętych przewodach na około stawu, nie wystarczających jednak do odpływu całej masy ropy z jego wnętrza, które ulega zmianom prowadzącym do samowolnego zwichnienia (*luxatio spontanea*). Chrzątka i kość także ulegają pewnym zmianom, i to albo następczo, albo, co rzadziej, pierwotnie.

Zmiany następcze w chrząstce i kości, bądźto przechodzą z części miękkich jak torebki stawowej i więzów, bądź polegają na zmienionych stosunkach ucisku jednych części stawu na drugie i wywołanem przez to zużyciu (*usura*) kości i chrząstek.

Czasem, przy nienaruszonem wnętrzu stawu pierwotnie powstaje ognisko ropne w epifizie kostnej, które rozszerzając się, później dopiero do wnętrza stawu wnika.

Wszystkie te processa komplikować się jeszcze mogą oddzielaniem się odszczepów zmartwiałych kości, co uleczenie jeszcze bardziej czyni niemożliwem.

Niszczące te processa jakkolwiek odbywają się przy powierzchni stawu lub w bliskości epifizy, wywołują jednak na znaczniejszej przestrzeni kości zboczenia w odżywianiu, co przy dłuższem trwaniu doprowadzić może epifizę do takiego stanu, iż chociaż później i nastąpi uleczenie choroby, członek we wzroście powstrzymanym zostanie. Cierpi też przytęm i ogólne odżywianie chorego.

Rozpoznanie kliniczne powyższych zmian anatomo-patologicznych nie jest zbyt trudnem. Proces to bowiem najczęściej chroniczny, a jeżeli pomimo długotrwałego i racjonalnego leczenia nie osiągamy celu, już wnioskować możemy że ważniejsze zmiany zajęć musiały w stawie.

W domyśle tym utwierdzi nas pojawienie się obrzmiałości stawu, oznak próchnienia końców stawowych lub ich zboczenia (*deviatio*), nareszcie tworzenie się licznych, znaczną ilość ropy wydzielających przetok na około stawu. Otwory tych przetok najczęściej spotykamy na przedniej powierzchni uda, 2—3 cali po nad rzepeką, po bokach ścięgna mięśni prostujących (*extensores*), w dole podkolanowym przy wewnętrznej stronie zginaczy, a na goleni, przy górnej wewnętrznej części piszozeli; dość często także na samej linii stawu po prawej i lewej stronie więzu rzepkowego. Długie trwanie takich przetok dowodzi prawie zawsze łączności ich z wnętrzem stawu, posiadającego naruszone już końce stawowe kości w skład jego wchodzących, co nie zawsze jednak zgłębnikiem wykryć się daje. Najniezawodniejszym znakiem zajęcia wnętrza stawu jest tarcie się końców stawowych o siebie (*crepitatio*).

Czy chorego z opisanem cierpieniem stawu mieliśmy od początku w naszym leczeniu o pomyślności którego już zwątpiliśmy, czy też dostaniemy w kurację zaniechanego, na którym zawsze wypadnie przeprowadzić leczenie w kierunku zachowawczym (opatrunek gipsowy lub krochmalowy), to jednak widząc bezskuteczność naszej interwencji wyczekującej, uciec się musimy do działania operacyjnego, do wykonania wypilowania stawu.

Uczynimy to tem chętniej, że przeciągłe ropienie wycieńczając chorego, narażają go na niebezpieczeństwo utraty życia, że, chociażby po długim leczeniu i udało nam się staw zachować, to kończy na pozostanie skrzywioną, gdy skutecznijac wypilowanie stawu, usuwamy wiele niebezpieczeństw grożących choremu, wstrzymujemy posuwanie się choroby, a ocalając przez to epifizę, zabezpieczamy na przyszłość wzrost członka.

Wykonanie operacji wtedy jednak tylko będzie usprawiedliwionem, gdy będziemy w stanie zapewnić używalność członka na przyszłość, co zdaje się być w naszej możliwości. Rzadko wprawdzie przychodzimy do ruchomego stawu, co jest idealnem dążeniem chirurgii, ale otrzymujemy członek nie ustępujący w użyteczności otrzymanemu w drodze samowolnego uleczenia. Na poparcie tego przytacza autor między innymi wypadkami z swęj praktyki ten najwybitniejszy, że dróżnik któremu on w dzieciństwie wypilował staw kolanowy, odbywa codziennie 6-cio godzinną drogę, bez wielkiego zmęczenia.

Zapewnienie używalności członka zależy prawdopodobnie od zachowania chrząstkowej powierzchni epifizy graniczącej z diafizą, z której kość wytwarza się na długość. Wiadomo, że ze zniszczeniem epifizy kostnej powstrzymuje się także wzrost kości na długość, jest więc więcej niż prawdopodobnym, że operacja, w której oddalono całą epifizę lub znaczną bardzo jej część, pociąga za sobą powstrzymanie wzrostu członka. Autor stwierdza to przytoczeniem 18tu spostrzeżeń, opisanych przez George Murray Humphry z Cambridge.

W 8-miu wypadkach, w których wzrost członków nie był zakłóconym, wypiłowywano cienkie tylko blaszki kości udowej i piszczelowej, najwyżej  $1\frac{1}{2}$  cala z obu kości razem, — raz wprawdzie wypiłowano aż  $2\frac{1}{2}$  cala, lecz to u 17-sto letniego indywiduum. W pozostałych 10-ciu wypadkach, gdzie wzrost był powstrzymanym, prawdopodobnie oddaloną była cała epifiza z jednej przynajmniej kości, tu bowiem wypiłowywano kawałki wynoszące  $2 - 3\frac{1}{2}$  cala. Zdarzało się to jednak i po wypiłowaniu mniejszych kawałków np. u 15-sto letniego indywiduum, po usunięciu 1 cala kości udowej i  $\frac{3}{4}$  c. piszczeli; u 3 letniego dziecka po oddaleniu kości udowej  $\frac{3}{4}$  a piszczeli  $\frac{1}{4}$  cala, i u 13 letniego gdzie po usunięciu  $1\frac{7}{8}$  cala z obu razem kości, pozostało skrócenie kończyny o  $3\frac{1}{2}$  cala (z tych 2 cale przypada na piszczel).

Jakkolwiek niezbyt dokładne dane tych spostrzeżeń, nie pozwalają wyprowadzenia pewnych wniosków, zawsze jednak przychodzimy do przekonania, że niebezpieczeństwo dla operowanego rośnie w prostym stosunku do grubości oddalonych kawałków kości, w wypadkach zaś, gdzie wzrost wstrzymanym był mimo wypiłowania małych kawałków, zależy to musiało od zajęcia epifizy sprawą chorobową jeszcze przed dokonaniem wypiłowania, i od zniszczenia jej żywotności.

Idzie teraz o oznaczenie jak wielkie kawałki kości wypiłowanymi być mogą bez obawy o zajęcie powierzchni granicznej epifizy.

Autor starał się to skutecznie badając stawy młodych indywiduów ze szczególnym względem na owe powierzchnie. Po zbadaniu 4-ch takich stawów indywiduów: nowonarodzonego, 11-to, 16-to i 18-to letniego doszedł do następujących wypadków:

Jeżeli w różnych miejscach zrobimy prostopadłe przecięcia głowy stawowej i obnażymy epifizę z boków na około kości, to przekonamy się, że powierzchnia chrząstkowa na której ona jest osadzoną, jest falistą i prawie równoległą do obrysów głowy stawowej.

Na przedniej powierzchni kości udowej, linija chrząstkowata epifizy, przebiega esowato od kłykcia wewnętrznego, wstępując nieco ku zewnętrznemu; w środku kości, w miejscu rowka międzykłykciowego, zbiega się z granicą chrząstki powierzchownej; po obu stronach kłykciów spuszcza się prawie równoległe do pokrytych chrząstką bocznych ich powierzchni, a z tyłu znowu łukowato wznosi się ku górze. Na tylnej powierzchni tej kości przedstawia linję płaską, esowato zgiętą i lekko łukowato ku dołowi wypukłą. Na przecięciu prostopadłym przez środek obu kłykciów linija chrząstkowata epifizy przedstawia się zlekka falistą, prawie równoległą do przecięcia brzegu stawu i tylko ku obu nadkłykiom (*epicondylis*) szczególnie wewnętrznemu, nieco wzniesioną.

Na przedniej powierzchni piszczeli linija epifizy o tyle zbacza od kierunku równoległego do przedniego brzegu stawu, że zajmuje guzik piszczeli (*tuber tibiae*) tworząc trójkątne przedłużenie ku dołowi. Od wierzchołka kąta wznosi się linija łukowato na zewnątrz i wewnątrz, zdążając ku tylnej powierzchni piszczeli, gdzie przebiega esowato i prawie równoległe do tylnego brzegu stawu. Na przecięciu pionowym linija ta przebiega prawie tak jak na tylnej powierzchni, z tą różnicą, że w środku mniej jest wypukłą. Po oddaleniu epifizy, płaszczyzna na której była osadzoną, okazuje się z boków ku środkowi miernie sklepioną, a w kierunku guzika piszczeli spadziastą.

Wymiary odległości linii epifiz od powierzchni stawu, których kierunki oznaczone są na figurach, wskazuje następująca tablica:

	Chłopiec 18-letni	Dziew. 16-letnia	Dziew. 11-letnia	Nowo- narodzone	
1o U d o.					
$\alpha$ Rowek międzykłykciowy przedni . . . . .	2,4 Ctm.	2 Ctm.	1,6 Ctm.	0,8 Cmt.	
$\beta$ Wysokość boczna (kłykieć wewn.) . . . . .	3,5 "	3,2 "	2,4 "	1,6 "	
$\gamma$ Wysokość boczna (kłykieć zewn.) . . . . .	3,2 "	3,0 "	2,1 "	1,3 "	
$\delta$ Rowek międzykłykciowy tylny . . . . .	1,9 "	1,8 "	1,4 "	0,6 "	
na przedniej	$a$ Wysokość w rowku międzykłykciowym . . . . .	2,1 "	2,0 "	1,9 "	0,9 "
	$b$ Środek kłykcia wewnętrznego . . . . .	3,2 "	3,0 "	2,4 "	1,5 "
	$c$ Środek kłykcia zewnętrznego . . . . .	3,0 "	2,8 "	2,1 "	1,2 "
2o P i s z o z e l.					
$\alpha$ Wysokość przednia . . . . .	4,4 Ctm.	4,2 Ctm.	3,8 "		
$\beta$ Wysokość tylna . . . . .	2,2 "	1,8 "	1,5 "		
$\gamma$ Wysokość boczna wewnętrzna . . . . .	2,1 "	1,9 "	1,5 "	1,0 Cmt.	
$\delta$ Wysokość boczna zewnętrzna . . . . .	2,0 "	1,9 "	1,4 "	1,0 "	
na przedniej	$a$ Środek . . . . .	2,0 "	1,7 "	1,5 "	0,8 "
	$b$ Wysokość boczna zewnętrzna . . . . .	1,5 "	1,3 "	1,2 "	0,8 "
	$c$ Wysokość boczna wewnętrzna . . . . .	1,6 "	1,3 "	1,2 "	0,8 "

Uważnie rozpatrując się w tych cyfrach dostrzegamy, że wzrost epifizy wynosi około  $\frac{2}{3}$ —1 milimetra w przeciągu 1-go roku życia, co daje możność obliczenia wysokości epifizy uda i piszozeli dla każdego wieku, z powyższej tablicy.

Pod względem praktycznym ważnym jest oznaczenie jak daleko od wolnego brzegu stawu założyć można piłę, aby oddalić jak największy kawał epifizy, bez zajęcia powierzchni jej chrząstkowatej graniczącej z diafizą.

Powierzchnia ta jest prawie równoległa do obrysów brzegu stawu okrytego chrząstką, cięcie jednak nie mogąc być falistym, powinno być tak przeprowadzone aby nigdzie nie zajął jej wyniosłości. Skoro część stawowa kości udowej z przyczepem torebki przy brzegu chrząstki stawowej, została obnażoną, to stosownym będzie oznaczyć na niej 4 punkta, przez które przepiłowanie przeprowadzoneby być mogło, bez zniesienia całej epifizy.

Jeżeli na przedniej powierzchni kłykci kości udowej obierzemy sobie miejsce, w którym brzeg chrząstkowaty epifizy z linii bocznych prawie prostopadle przebiegających przechodzi w poziomy i od tych punktów wzdłuż prostopadłego brzegu odmierzymy około 1 ctm., następnie jeżeli na tylnej powierzchni kłykciów w dole podkolanowym oznaczymy sobie końce obu wewnętrznych, łukowato przebiegających linii chrząstkowatych przy przyczepie torebki, i od miejsca odmierzymy na téjże linii z obu stron przy wewnętrznym i zewnętrznym kłykciu także około 1 ctm., to przez te 4 punkta można skutecznie przepiłowanie, które u 11 letniego indywiduum stanowić będzie mniej więcej, granicę części mogącej być oddaloną. Cięcie to zajmuje w istocie nieco mniej wewnętrznego kłykcia niż mogłoby być oddaloną, lecz gdybyśmy punkta te niżej na wewnętrznym kłykciu opuścili, to przy przepiłowaniu według płaszczyzny, oddalilibyśmy części linii epifizy w środkowej i zewnętrznej części kości. Oddalony w ten sposób skrawek z kości udowej ma wysokości w środku (w rowku międzykłykciowym) mniej więcej 1,2 ctm., a przy kłykciach 1,8—1,6 ctm. Z kłykcia wewnętrznego można tedy jeszcze spiłować klinowaty ku środkowi skrawek, którego podstawa ma szerokości około 0,8—0,9 ctm.

Jeżeli wymiary te przyjmiemy za dotyczące indywiduum 10 letniego, to przez odejmowanie lub dodawanie do każdego z nich  $\frac{2}{3}$  milim. na każdy 1 rok życia, możemy

obliczyć także wymiary dla każdego innego wieku. U 16-letniej dziewczyny autor według tego, był w stanie oddać skrawek mający wysokości w środku 1,4 ctm., a 2,1 ctm. przy kłykciach.

Dla piszczeli u 11-letniego dziecka oznaczamy granicę przepiłowania, trzymając się mniej więcej 0,5 ctm. od bocznych stron przedniego brzegu stawu, który tu jest najwydatniejszym. Cięcie to, pozostawia jeszcze po obu bokach małe klinowate kawałki, jakoteż i przedni koniec, aż do guzika piszczeli. Ten może być jeszcze oddalonym przez odpilowanie skrawka klinowatego ku środkowi z podstawą około 0,5 ctm. przy guzowatości piszczeli. Tym sposobem oddalony skrawek z piszczeli ma w środku 1,5 ctm., a po obu bokach 0,5 ctm. wysokości. U 16-letniego indywiduum oddać można 0,8—0,9 ctm. po bokach; środek wynosić wtedy będzie 2 ctm.

Złożywszy razem oddalone skrawki obu kości, wyniosą one u 11-letniego dziecka nie całe 2,7 ctm., a u 16-letniego 3,4 ctm. (w środku).

Z tego cośmy dopiero powiedzieli, wykazuje się, jak oszczędniemi być powinniśmy w poświęcaniu części epifiz. Gdy jednak, przekonani o bardzo daleko posuniętych zmianach w końcach stawowych kości, zdecydujemy się na wypilowanie większych ich kawałków, śmiało możemy to uczynić, pewni, że uzyskany w ten sposób członek jeszcze będzie lepszym od otrzymanego w drodze samowolnego uleczenia, gdyż zajęta sprawą chorobową znaczna część epifizy w żadnym razie nie dopuściłaby jego wzrostu. Wiadomo nam wreszcie, że i długotrwałe cierpienie kości nie jest bez wpływu na powstrzymanie wzrostu członka, co łatwo sprawdzić można na ludziach ze zniekształconemi stawami kolanowemi w skutek przebytych w dzieciństwie processów zapalnych z długim ropieniem. Każda prawie z takich kończyn przedstawia większy lub mniejszy stopień skrócenia, co w części zależy od zwiechnienia piszczeli ku tyłowi, w części jednak i od powstrzymania wzrostu. Po gwałtowném wyprostowaniu (*extensio violenta*) takich kończyn, pozostają one skróconemi, i chociaż przy zastosowaniu opatrunku unieruchamiającego lub stosownego przyrządu mogą służyć do użytku, mniej jednak zdają się być pomocnemi dla indywiduum niż kończyny otrzymane w drodze wczesnego działania operacyjnego.

Zdaje się, że tłumaczenie sobie powstrzymania wzrostu członków w tych ostatnich razach li tylko ich nieużytecznością, nie zawsze jest uzasadnioném; częściej zdają się wpływać na to pewne stany patologiczne w obrębie epifizy, jak zbyteczne bujanie ziarniny, stłuszczenie, przedwczesne skostnienie i t. p., a nadto i cierpienia kości jak próchnienie i zużycie (*usura*), za czém przemawiać się zdaje ta jeszcze okoliczność spostrzeżona przez autora, że piszczel (*tibia*) najwięcej we wzroście powstrzymywana bywa. Jeżeli przypomniemy sobie że linja graniczna epifizy piszczeli, leży bliżej powierzchni stawu niż takąż linja uda, i że przy zgiętém położeniu kolana, cała powierzchnia piszczeli jest wystawioną na ucisk, to bardzo być może że w skutek tego ulega ona, jak również i najbliższej leżąca część powierzchni epifizy, zanikowi przez ucisk (*usura*) z następczém powstrzymaniem wzrostu.

(Dokończenie nastąpi).

## KORRESPONDENCYA.

Piotrków, dnia 10 czerwca 1871 r.

### 1. Kilka słów w kwestyi powtórnego szczepienia ospy (*revaccinatio*).

Przez Dra Stanisława Szancera.

Gdy z dymiącego jeszcze krateru na Zachodzie, oprócz innych strasznych wybuchów, lawina ospy rzuciwszy przerażenie na bliższe z nim miejscowości i u nas popłoch rzuciła; bardzo słusznie czuwające władze przedsiębiorą środki, zdrowie i życie mieszkańców zabezpieczające. Powtórne szczepienie (*revaccinatio*) z jednej strony uspokaja moralnie przełkniętych groźnym nieprzyjacielem, a z drugiej strony podług ostatecznych przekonań większej liczby uczonych lekarzy, jest najpewniejszym środkiem ochrony od zarazy. Tém przekonaniem przejęci lekarze paryzcy (jak z pism lekarskich się dowiadujemy), podczas nawet straszego oblężenia, zniósłszy się z ówczesną władzą, nie przestawali wykonywać

zaszczepiania powtórnego na gwardzistach, których na krótki czas od czynności obrony odrywać musieli. Przed 10ciu może latami w okolicy 4 mil od Piotrkowa oddalonej, szeroko rozszerzyła się ospa naturalna. Wówczas w kółku lekarskiem, które kilka lat niegdyś cieszyło się braterskiem i naukowym życiem, za wnioskiem moim uchwalono najobszerniejszą i najszybszą w mieście rewakcynację. Uczniowie szkół, uczennice pensyonatów żeńskich i bardzo wiele osób prywatnych poddało się tej małej operacji. U wielu osób zaszczepienie dobre dało następstwa, czego na sobie miałem widoczny przykład. A gdy następnie jakaś dziewczyna z miejsca epidemii do miasta przybyła i zachorowała na ospę, zaraza nie napotykając materiału palnego, tylko pięć osób i to nigdy nie szczepionych dotknąć zdołała. Czyż można w tym wypadku zaprzeczyć zbawiennemu wpływowi rewakcynacji? Ciekawą pod tym względem wyczytałem w Tygodniku Illustrowanym korespondencję z Chemnitz w Saxonii, gdzie po ostatniej wojnie rozpanoszyła się ospa, która nie rewakcynowanych 50 na sto dotykała, a powtórnie szczepionych ledwo dwóch na sto opanowywała. Tak dawniej jako i teraz, gdy z rozporządzenia władzy skrzętnie zajęto się u nas w Piotrkowie rewakcynacją, zadziwiło mnie: że u osób niektórych u których przed kilku nawet latami ze skutkiem szczepiono powtórnie ospę, i obecnie poddane zaszczepieniu piękne ospy ochronnej krosty przedstawiały. Przypuściłoby więc należało, że powyższe indywidua, gdyby przed ostatniem zaszczepieniem znajdowały się wśród ogniska epidemii ospowej, mogłyby podlegnąć zarazie. Na jak więc długo szczepienie zabezpiecza? Wiadome mi są wprawdzie w tym względzie orzeczenia uczonych, które mnie po powyższem doświadczeniu zadowolnić nie mogą. Ale przypominam sobie rozmowę jaką przed kilku latami miałem z uczonym b. rektorem wszechnicy krakowskiej Drem D i e t l, a tyczącą się tego przedmiotu. Tenże oświadczył: że nietylko jest wielkim zwolennikiem rewakcynacji, która nie zawsze zabezpiecza, ale byłby raczej za r e w a k c y n i z a c y ą, to jest powtarzać szczepienie dopokąd jad ospowy nie zubożętni organizmu. Myśl ta jest przez analogią zastosowaniem niefortunnego dogmatu syfilizacji; ale wykonanie tego projektu podług mnie z mniejszą szkodą dla ciała zastosowaćby się dało. Gdyby mi ktoś zarzucił, że ludzie nie tak chętnieby się poddawali takim operacyjom powtarzanym, przypomnę na zbicie tego zarzutu: czyż to dawno minęły te czasy, kiedy osoby celem uniknięcia (jak mniemano) wielu chorób, nosiły bolesne i szpecące apertury, a nawet damy z próżności i chęci delikatnego wyglądu, nie zrażały się od tych barbarzyńskich oszpeceń? Czy prof. D i e t l powyższą myśl gdzieś naukowo rozwinął; czy ją starał się praktycznie stwierdzić; czyliby tę propozycję kto inny światu uczonemu ogłosił? — nie jest mi wiadomem. Gdy jednak kwestya ta jest na czasie, uważałem za stosowne podać to moje wspomnienie do publicznej wiadomości.

## 2. O siarku rtęci (*Aethiops mineralis*).

List czcigodnego b. rektora Szkoły Głównej datowany z Rzymu, umieszczony w 29 Nrze Gazety lekarskiej z r. b. a traktujący o stwierdzonej skuteczności siarku rtęci w cholery, obudził niewyraźne w mojej pamięci wspomnienie: że ten środek w większych dawkach gorąco zalecony był przed kilkunastu laty; ale w jakiej chorobie nie mogłem sobie dokładnie przypomnieć. Byłem prawie pewnym, że go sam próbowałem, ale nie musiał mi pożądaných przynieść skutków, kiedy w moim lekarskim arsenale, jako *curiosum* archeologiczne zardzewiały spoczywał. Chcąc jednak z pyłu zapomnienia prawdę wydobyć, udało mi się w Tygodniku lekarskim (wydawany przed kilku laty przez Dra N a t a n s o n a) wynaleźć kilka artykułów podanych przez Dra S o k o l o w, a zamieszczonych w Nrach: 4, 5, 7, 15, 16, 17 z r. 1848, w których rozwija metodę Dr. S e r r e zastosowania *Aethiopi* mineralnego w większych dawkach (gram i więcej dziennie) w gorączce tyfoidalnej, która (zdaniem Dra S e r r e i jego współpracownika Dra P e t i t) powstaje przez wprowadzenie do organizmu niszczącego zarodku (*principe délétère*). S e r r e przez porównanie: że środki rtęciowe działają dobrze w innych gorączkach wysypkowych, zubożniając pierwiastek choroby, ale nie wywierając żadnego skutku na następstwa spotykane w przewodzie trawienia, zaleca w gorączce tyfoidalnej jako najodpowiedniejszy środek: siarek rtęci z współczesnem wcieraniem w żywot szaruchy. Gdy zaś w obecnych czasach

przyczyny chorób zakaźnych szukamy w ciałeczkach organicznych roślinnej lub zwierzęcej natury, środek więc powyższy (gdyby się jego zachwalana skuteczność sprawdziła) mógłby być uważany, jako dezinfekcyjny, jako odtrutka, chorobę w samym zawiązku dławiąca, drogą więc analogii doszlibyśmy do drogocennego, chociaż nieco empirycznego środka. Jeżeli ja w czasie tyfusu głodowego w r. 1848 używając ten środek, nie bardzo się nim zachwycelem, może być że obawiając się w chorobie zakaźnej używać środków rozkład krwi przyśpieszających, nie wyłącznie lub lękliwie powyższe lekarstwo stosowałem. Dr. też L a n g o w s k i w témże samém powyżej przytoczoném czasopiśmie wyjawia swoje rozczarowanie co do metody Dra S e r r e. W każdym razie celem dokładnego obeznania się z powyższym przedmiotem, sędzę, że artykuły Dra S o k o ł o w traktujące o używaniu siarku rtęci, zasługują na dokładne przejrzanie.

### Wiadomości bieżące.

— Działanie ciepłych kąpeli przy wodnej puchlinie (*hydrops*). Przez A. S t e f f e n ' a (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, 3 II. 1871). Zaden wiek chorego nie wyłącza użycia ciepłych kąpeli (t. j. kąpeli 28<sup>o</sup> R., ogrzanych na 32—34<sup>o</sup> w czasie bytności w nich chorego, z następném poceniem 2—3 godzinném); najmłodsze nawet dzieci mogą być w ten sposób leczone. Poprzedni stan sił chorego wymaga uwzględnienia o tyle, że u słabych indywiduów nie należy kąpeli zbyt długo powtarzać, gdyż jak doświadczenie okazało, zmniejszanie się puchliny i ciężaru ciała trwa jeszcze przez kilka dni po ostatniej kąpeli, przez co moglibyśmy więcej zmniejszyć wagę ciała chorego, niż na to pozwalają jego siły.

Wskazane są te kąpiele przy obfitych przesiękach w tkance łącznej podskórnej, przy wolnych przesiękach w worku otrzewnej, w workach opłucnej i w osierdziu, z nadmienieniem, aby w tym ostatnim przesięk nie był nadto wielki. Jeżeli te przesięki są tylko następstwem niekorzystnych warunków życia, głównie pożywienia i mieszkań (co się często spotyka u małych dzieci), to wystarcza zwykle stosowna i wzmacniająca dyeta, chyna, żelazo — dla usunięcia przesięków. Jeżeli takowe powstały w skutek obszernych i długotrwałych katarów kiszek, to usunięcie ostatnich obok stosownej diety wystarcza do uleczenia chorych. Jeżeli nawet przesięki dosięgły wysokiego stopnia, to jednak i w tych razach prócz wzmiankowanych środków, z pożytkiem zastosujemy ciepłe kąpiele.

Przesięki po ciężkich chorobach, będące wyrazem upośledzonej czynności serca, znikają przy stosownem zachowaniu się i pielęgnowaniu.

Przesięki w przebiegu chorób, zależne głównie od zmienionej mieszaniny krwi, wytwarzają się mianowicie w szkarlatynie, w obec cierpienia nerek, lub bez takowego. Przesięki te w kilka godzin lub dni dochodzą wysokiego stopnia i mogą zagrozić życiu. W tym razie autor radzi przy zjawieniu się pierwszych objawów obrzęku, uciec się do ciepłych kąpeli, które w Szczecińskim szpitalu dzieciennym w tych wypadkach wielce pomocnemi się okazały.

Użycie ciepłych kąpeli przy przesiękach po szkarlatynie, nie daje jednakowych zawsze rezultatów. Zwykle zaraz po pierwszej kąpeli przy obfitym pocie, obniża się ciężar ciała i zmniejszają się przesięki, przyczém pierwszy ten skutek zdaje się być stosunkowo najznacniejszy, tak że następne zmniejszanie się przesięków zdaje się być stopniowo coraz mniej znaczne. Zdarzają się też wypadki, gdzie pierwsze zmniejszenie się przesięków daje się zauważyć dopiero po 2—3 kąpielach. Wreszcie bywają wypadki, gdzie pomimo kąpeli przesięki i ciężar ciała powiększają się nawet, albo wzmagają się po nieznaczném zmniejszeniu, dopóki stałe mniej lub więcej znaczne zmniejszanie się nie rozpocznie. Często obserwujemy postęp w zmniejszaniu się przesięków przez kilka dni pomimo zaprzestania kąpeli. We wszystkich tych wypadkach, z małym wyjątkiem zaledwie, ciepłe kąpiele przyczyniają się do zupełnego wyleczenia.

Trudnijszém okazuje się usunięcie przesięków, zależnych od patologicznych procesów w pewnych organach. Chociaż i te przesięki pod wpływem ciepłych kąpeli ustępują nie wiele powolniej od poprzednich, to jednak ostatecznego ich usunięcia nie można się

spodziewać póki zasadnicze cierpienie nie będzie uleczone. Jeżeli cierpienie to nie da się uleczyć, to usunięcie przesięzków należy uważać tylko za chwilowe, tak że po pewnym czasie można spodziewać się z pewnością powrotu. Jednak w tych razach nie należy ociągać się z przyniesieniem ulgi chorym w dolegliwościach jakie im przynoszą obfite przesięki. Choćbyśmy tylko przemijająco zdołali ulżyć cierpieniom chorych, to jednak wiele wygramy i opóźnimy śmiertelne zejście pierwotnego procesu. Często przy powrotnych przesiękach należy powtórzyć użycie ciepłych kąpeli.

Z organów, których patologiczne stany powodują przesięki, nerki stoją na pierwszym miejscu. Prosta *nephritis* z obfitym białkomoczem i włóknikowemi cylindrami w osadzie zdaje się wywoływać większe i więcej uparte przesięki, aniżeli gdy ten sam proces rozwinię się w przebiegu szkarlatyny. Częste kąpiele ciepłe okazują się niedostateczne, tak że zmuszeni jesteśmy wziąć do pomocy inne środki lekarskie.

Skuteczność ciepłych kąpeli używanych przy przesiękach powstałych przy *szkarlatynie* z *nephritis*, zdaje się być nieco odmienna. Przecięciowo ciepłe kąpiele w tych razach są skuteczniejsze, wszakże pewne ostrożności zachowane być winny. Ciepłe kąpiele są tu przeciwwskazane przy obszernej *bronchitis capillaris*, i poczynającym się obrzęku płuc; mogą one być powodem nagłego i śmiertelnego zejścia. Baczyć też należy na oddawanie moczu. Jeżeli zbyt mała ilość uryny wydzielaną zostaje, to należy pamiętać o możności w tym stanie drgawek mocznicowych (*uraemia*), i lepiej wstrzymać się od ciepłych kąpeli. W tych razach, czy to napad mocznicowy wystąpił czy też obawiano się go, autor zaprzestawał ciepłych kąpeli, i używał letnich z zimnemi oblewaniem ciała, a w razie potrzeby przystawiał kilka pijawek na głowę i zadawał *flores benzoës* do wewnątrz. Przy takim postępowaniu nie miał on stracić żadnego chorego zagrożonego mocznicą. Zwykle, oddawanie moczu idące ręką w rękę z wydzielaniem potu, powiększało się po tych napadach, po czém przesięki i ciężar ciała zmniejszały się.

Przy obszernych przesiękach w skutku przewlekłych cierpień wątroby i śledziony, użycie ciepłych kąpeli równie jest wskazane.

Długo zachodziła wątpliwość, czy należy używać ciepłych kąpeli przy przewlekłych cierpieniach serca. Autor oświadcza się za ich użyciem i przytacza jeden wypadek, gdzie pomimo daleko posuniętych patologicznych zmian w sercu, ciepłe kąpiele nie tylko dobrze były znoszone, ale także okazały się nader skuteczne w zmniejszeniu przesięków istniejących.

Są jednak zdaniem autora, stanowcze przeciwwskazania do użycia ciepłych kąpeli przy obecności przesięków.

Najważniejszym przeciwwskazaniem jest gorączka, i wszelkie choroby z ostrym przebiegiem. Dalej choroby mózgu i jego opon, obfite przesięki i wysięki w osierdziu, wielki upadek sił. Ciepłe kąpiele są także nader niebezpieczne przy poczynającym się obrzęku płuc, tak że mogą wywołać natychmiastową śmierć lub przyspieszyć fatalne zejście. Okoliczność ta jest szczególnie ważną przy przesiękach w przebiegu szkarlatyny powstałych. Przesięki te mają skłonność do upowszechniania się po całym ciele, obawiać się więc należy także obrzęku płuc. Przed użyciem więc ciepłych kąpeli należy starannie wy badać, czy się takowy obrzęk rozwija, lub czy się już rozwinął.

W rzadkich wypadkach, znalazłszy płuca wolne od obrzęku, widzimy że takowy rozwija się w pewnym stopniu w czasie ciepłej kąpeli, i daje się rozpoznawać po silnej duszności. W tym razie, należy zaprzestać kąpeli i zrobić energiczne oblewania zimne na tył głowy, kark i grzbiet. Również i w następstwie ciepłe kąpiele nie będą stosowne w tym szczególnym wypadku.

Redaktor i wydawca Prof. Dr. Girsztowt.

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

W Drukarni Józefa Bergera przy ulicy Daniłowiczowskiej, Nr. 619. — Дозволено Цензурою.



# GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE  
POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKIEJ,  
FARMACYI I WETERYNARYI.

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

Cena Biblioteki Umiejętności Lekarskich. *W redakcyi* półrocznie (od 1 lipca 1871 do 1 stycznia 1872 roku) r. sr. 10; od początku wydawnictwa do 1 stycznia 1872 r. sr. 88. (z przesyłką).

Cena Kalendarza Lekarskiego na rok 1871 r. sr. 1. Przedpłata na Kal. Lek. na r. 1872 r. sr. 1.

**TREŚĆ:** Postrzeżenia z praktyki lekarskiej. Słoniowatość warg sromnych (*Elephantiasis v. pachydermia labiorum maiorum*). Spostrzeżenie Dra Krajewskiego Feliksa, ordynatora szpitali Hrubieszowskich. Przerost elefantiyacyjny lewej wargi sromowej większej, i t. d. Opisał Dr. L. A. Neugebauer, b. Docent akuszeryi. **Kronika Zagraniczna.** Przyczynek do nauki o wypilowaniu stawu kolanowego u dzieci. Przez Prof. Königa. Streścił Dr. Gruell (z Ostrowca). **Korrespondencya z Piotrkowa.** Przez Dra Stanisława Szancera. **Wiadomości bieżące.** Działanie ciepłych kąpieeli przy wodnej puchlinie (*hydrops*). Streścił Dr. W. Mayzel. **Dodatek.** Policyi lekarskiej T. I ark. 8, T. III ark. 6.

**Słoniowatość warg sromnych (*Elephantiasis v. pachydermia labiorum maiorum*).**

Spostrzeżenie Dra Krajewskiego Feliksa, ordynatora szpitali Hrubieszowskich.

W dniu 30 maja 1871 r. przywieziona została do szpitala św. Jadwigi w Hrubieszowie Katarzyna Kanarska, lat 35 licząca, z wsi Malic, z żądaniem pomocy operacyjnej, w celu uwolnienia jej od narośli znacznej wielkości, znajdujących się na wargach sromnych.

**P r z e s z ł o ś ć (*Anamnesis*).** Z starannego badania okazało się, że Kanarska miała rodziców zdrowych i silnie zbudowanych, ojciec jej zmarł w 50 roku życia, jak się zdaje z zapalenia płuc, matka zaś w 48 roku życia z choroby gorączkowej; sądząc więc z tego, spadkowości cierpienia przypuszczać niepodobna.

Chora, oprócz odry i szkarlatyny w dzieciństwie, jakoteż kilkakrotnych chorób kataralnych w dojrzałym wieku, żadnym innym cierpieniem nie podlegała. Czyśczenia miesięczne zjawily się w końcu 14-go roku życia, i dotąd bez żadnej przeszkody co miesiąc się powtarzają. W 25-ym roku życia będąc zupełnie zdrową, Kanarska wyszła za mąż po raz pierwszy, a w miesiący 10 została matką; po upływie zaś roku straciła męża z zapalenia płuc, a nowonarodzone dziecię z krupu. Po trzech latach wdowieństwa wyszła powtórnie za mąż, i w 4 tygodnie potem zaszła w ciążę; w trzy miesiące idąc z mężem na jarmark do sąsiedniego miasteczka, poczuła silny swęd na wardze sromnej prawej (w którym to miejscu miała znamię

rodzime, wielkości, kształtu i koloru poziomki); swęd był tak silny, iż jak twierdzi chora, bez podrapania się wytrzymać nie mogła, a dotykając tego miejsca przekonała się, iż oprócz znamienia na wardze sromnej prawej, znajduje się jeszcze druga opuchłość wielkości orzecha, której przedtem wcale nie było; wróciwszy do domu miała silny swęd i pieczenie na wskazanem miejscu, pojawiła się też czerwoność i obrzmienie w około, lecz okładanie zimnem mlekiem zaradziło złemu, tak że przypadłości w ciągu dni kilku znikły prawie bez śladu. Z biegiem czasu, obrzęknięcie wzrastać zaczęło, chociaż bardzo powolnie; w ciągu pierwszego roku istnienia narośli, czerwoność, swęd, ból i pieczenie powtarzały się kilkakrotnie, za każdym razem obrzękłość powiększać się zdawała, a po ustaniu przypadłości jakoby się zmniejszała, a przynajmniej boleć zupełnie przestawała, co też stawało się przyczyną, że Kanarska nie szukała na swe cierpienia pomocy.

W ciągu lat dwóch narośl doszła do wielkości pięści, a począwszy się prawie na środku wargi sromnej prawej, posuwała się po wardze ku górze w kierunku spojenia kości łonowych. Cztery lata temu K. powtórnie zaszła w ciążę, w ciągu której, przypadłości róży na miejscu chorem kilkakrotnie się pojawiały, a narośl skutkiem tego znacznie się powiększała, tak że w chwili rozwiązania, była wielkości głowy dziecięcia, i w tym stanie przetrwała prawie lat dwa, w którym to czasie przypadła 3-cia ciąża K., od której rozwój narośli szybko postępował; posunęła się ona na spój górny sromu (*commissura anterior vulvae*) a nawet w części na wargę wielką lewą, i doszła tak znacznej wielkości, iż obwisłszy na dół cały srom sobą pokryła i pomiędzy nogami chorej zawisła. Narośl w mowie będąca przy 3-cim pologu K. tylko tyle utrudzenia zrobiła, że wypadło ją unieść ku przedniej ścianie brzucha, aby wyjście płodu uswobodnić, tak też samo jak twierdzi chora urządziła się ona przy spółkowaniach, które bez usunięcia narośli były niemożliwymi. Od początku więc okazania się narośli do chwili przybycia chorej do szpitala, upłynęło mniej więcej lat 6. Najtroskliwsze badanie przyczyn nic oprócz przypuszczalnego przeziębienia przy podróży piechotą wykryć nam nie zdołało.

Troje żyjących dzieci K. są zupełnie zdrowe i dobrze rozwinięte, najstarsza tylko dziewczynka ma na wardze sromnej prawej narośl wielkości i kształtu poziomki, jak to było w dzieciństwie u jej matki.

Stan chorej przy wstąpieniu do zakładu: Wzrost i budowa ciała dobre, cera i wygląd zadawalniające, na twarzy wyraz zmęczenia, odżywianie dosyć dobre, tłuszczu pod skórą nie wiele, trawienie w dobrym porządku, język czysty, apetyt dobry, wypróżnienia stolcowe codzienne; system cyrkulacyjny w stanie naturalnym, tak co do serca, jako też i puls, który uderza 76 razy na minutę, temperatura ciała normalna, ruchów gorączkowych żadnych, organa oddechowe w stanie naturalnym; periody powtarzają się co 4 tygodnie bez wszelkich dolegliwości. Przy obejrzeniu części płciowych dostrzegłem co następuje: części płciowe zewnętrzne poczynając od pagórka sromnego (*mons veneris*) są w zupełności pokryte naroślą, która sięga prawie do kolan, i ma około 10 cali długości i tyleż szerokości, wagi mniej więcej około funtów 10 mieć może; prawie na spojeniu kości łonowych czuje się podstawę narośli około 1 $\frac{1}{2}$  cala w obwodzie mającą, dosyć twardą, ze zbi-

tej tkani komórkowatej złożoną. Narośl na dotykanie jest gąbczasto-tłuszczową, na powierzchni przedniej gładką, cokolwiek brunatną; dawniej w pośrodku a dziś więcej ku stronie lewej, narośl jest przedzieloną i przedstawia w tem miejscu załom, czyli przedział którym siedzieli na dwie części, z których prawa jest 4 razy większa jak lewa. Wklęśnienie to przedstawia spoinę górną warg sromnych (*commissura anterior labiorum maiorum*), która w skutku rozrostu tkani taką przybrała formę; skóra w załomie tym jest naturalną; poczynając od brzegu dolnego narośli i idąc ku tyłowi, widzimy mnóstwo guzików rozmaitej wielkości, stanowiących rozrost skóry i tkanki komórkowatej; narosty te brodawkowo-modzelowatej natury znajdują się w ogromnej ilości, i sięgają do połowy prawie wysokości ściany tylnej narośli głównej, do którego to znowu miejsca wysuwa się zgrubiała, rozrosła i w kształcie wachlarza rozszerzona błona śluzowa z wnętrza warg sromnych.

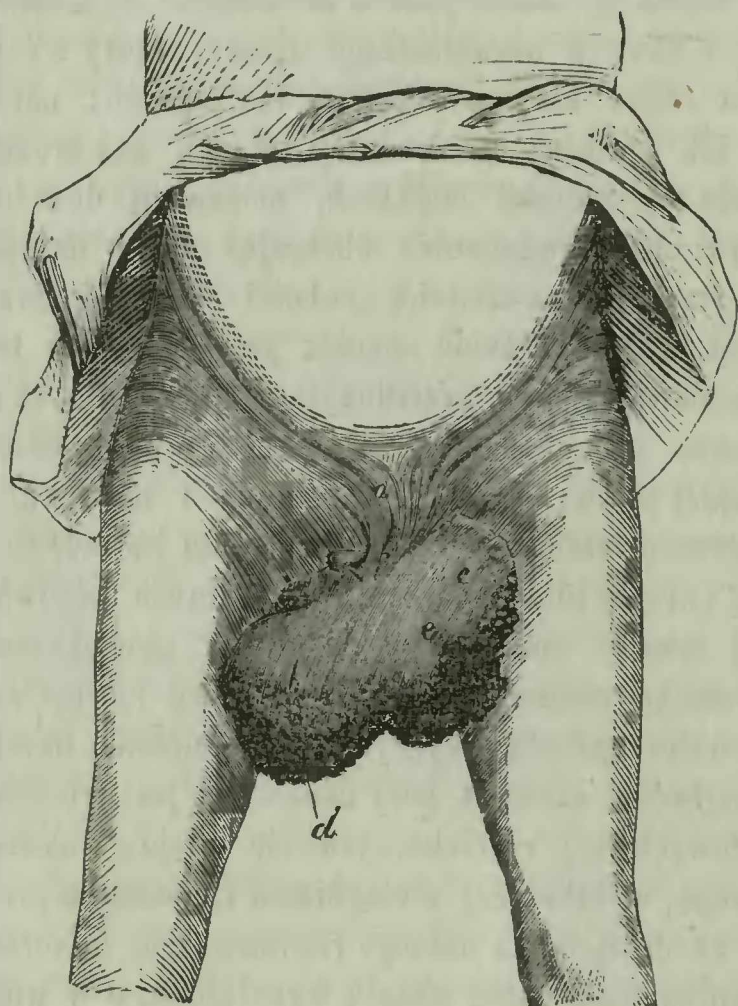
Jak już powiedziałem, narośl sięga prawie do kolan, średnica więc jej od pagórka sromowego do wierzchołka wynosi około 10 cali, tak iż sam wymiar otrzymamy poprowadziwszy linię poprzeczną przez największą szerokość od biodra prawego ku lewemu; grubość zaś narośli może mieć najwyżej cali 6. Muszę zwrócić uwagę, że wymiary narośli po odjęciu znacznie się zmniejszyły, już to w skutku przerwane go ciężenia ku dołowi, już też w skutku straconej sprężystości i żywotności tkani. Narośl w skutku tak znacznej objętości jest chorej niesłychanie przykra, tak w skutku ciężenia, jakoteż i niemożności należytego stawiania uóg, czemu narośl przeszkadza. Chora jest zgarbioną, jakby przyciąganą ciężarem do ziemi, chodzenie jest dla niej nadzwyczajnie trudnem, stanie prawie nie możliwem, a nawet siedzenie i leżenie jest utrudzającym, z powodu niewolniczego ciężaru, który z sobą dźwigać musi. Instynktem własnym chora ulżywa sobie w ten sposób: narośl we właściwem położeniu (to jest tak jak wyrosła) ma średnicy 10 cali, zaś grubość jej wynosi 6 cali, że zaś cała składa się z części miękkich, można ją dowolnie w żądanym kierunku przekładać; otóż chora radzi sobie obracając narośl na podstawie w ten sposób, aby jej zwykłą średnicę na średnicę grubości zamienić, przez co zyskuje ona swobodę w ruchach, bez zmiany ciężenia narośli; przekładaniem tém narośl znacznie się wyciągnęła, a podstawa jej się przedłużyła w ten sposób, iż od kości łonowej wyraźnie wyczuć można jakby sznur gruby, na którym się narośl trzyma (*pedunculatio tumoris*). Na całej powierzchni narośli żadnych nadpęknięć, owrzodzeń, ani starć skóry nie znalazłem, owszem opuchłość z wierzchu jest zupełnie czystą i suchą, zaś od spodu gdzie się okrywa błoną śluzową, przedstawia cokolwiek wilgoci, jak to zwykle bywa. Wargi sromne mniejsze są cokolwiek powiększone, lecz niezmiennione co do ustroju, lechtaczka naturalna, otwór moczowy zewnętrzny jakby na zewnątrz wysunięty, i całkowicie naroślą przykryty, bez usunięcia narośli oddawanie moczu jest prawie niemożliwem, a nawet przy usunięciu jest trudnem, bo i wtedy mocz po częściach pleiowych się rozcieka, jak się zdaje w skutku straconej sprężystości kanału moczowego, wynikającej z ciągnięcia i uciskania przez narośl. Dolna część warg sromnych aż do spojenia dolnego (*commissura labiorum inferior*) również jest zgrubiała, tkaniną podskórną stężalą wypełnioną, a w wielu miejscach na powierzchni wzniesienia różnej wielkości (od ziarnka prosa do wielko-

ści małego grochu) obficie przedstawiają się jako zarody przyszłych zwyrodnień podobnych do tych które widzimy. Rękaw maciczny, jako też i części płciowe wewnętrzne w zupełnym porządku.

Chora w skutek ciemnoty, zabobonów i bojaźni lekarzy zwlekała z zażądaniem pomocy aż do chwili obecnej, teraz zaś zniecierpliwiona swym stanem przybyła do zakładu stawiając nam za konieczność, uwolnienie jej od narośli, albowiem jak twierdzi, jeśli jej odmówimy operacyi. jest tak zdesperowana, że sama sobie narośl siekierą odetnie.

Nadmieniam, iż na wewnętrznych powierzchniach obu bioder i goleni, znajdują się liczne rozszerzenia żył (*varices*), szczególnie wyraźne w obu pachwinach; w obu też pachwinach na całym ich przebiegu znalazłem opuchnienie gruczołów chłonnych, tak powierzchownych, jako też i głębszych; opuchnienie to jest małe, zdaje się zależeć głównie od ciążenia narośli, i w żadnym innym miejscu ciała wysledzić się nie dało. Żałować niesłychanie wypada, że w tak małym jak Hrubieszów miasteczku, nie mamy ani fotografa ani też dobrego rysownika, musiałem się więc ograniczyć niedokładnym rysunkiem uproszonego diletanta w celu wykazania formy i sposobu przymocowania narośli, a o ile rysunek jest niedokładnym, o tyle mam nadzieję, że preparat spirytusowy dołączający się, udokładni tak pojęcie położenia jako też i jakość narośli.

R o z p o z n a w a n i e. Umieszczenie narośli na wargach sromnych, sposób rozwijania się napadowy w formie zapalenia różowatego (*forma erysipelatosi*),



#### Objaśnienie rysunku.

a. Jest pagórek sromny (*mons veneris*) rowkami z ciążenia narośli wynikłymi poorany.

b. Jest rozrost wargi sromnej prawej.

c. Jest rozrost częściowy wargi sromnej lewej.

d. Jest dolna część narośli.

e. Jest przedział ze spoju górnego sromu powstały (*commissura superior vulvae*).

f. Jest podstawa narośli.

Na dolnej części narośli widać gruzły, które dół i tył narośli stanowiły. Położenie narośli jest właściwe, to jest takie w jakim wyrosła; jak wspomniałem, chora nosiła najczęściej narośl w średnicy jej grubości, a wtenczas widziana na rysunku powierzchnia górna przechodziła ku stronie wewnętrznej biodra prawego, zaś powierzchnia dolna ku takiejże stronie biodra lewego.

powtarzającego się nieskończoną ilość razy, powolny wzrost narośli, jej znaczna objętość, wyraźny rozrost elementów skóry i tkani podskórnej, modzelowate wybujalności w znacznej liczbie, konsystencya narośli, jej kolor, jakoteż i brak ogólnych oznak jakiegokolwiek charłactwa soków, kazały stanowczo uznać chorobę za miejscową, na rozroście pierwiastków skórnych uzasadnioną, a pod nazwą słoniowatości (*elephantiasis Arabum* v. *pachydermia labiorum majorum*) w nauce znaną.

Doszedłszy do tego przekonania, pozostawało oznaczyć tylko rodzaj i okres choroby. Otóż co do 1-go: Zważając na konsystencyę narośli, wypadało ją uznać za słoniowatość miękką (*E. mollis* v. *levis*), w części przedniej gładką (*E. glabra*), zaś w części dolnej i tylnej gruzłowatą (*E. verrucosa* v. *nodosa*); co do koloru, ponieważ kolor skóry został niezmienionym, i tylko przednia powierzchnia była cokolwiek brunatną, wypadek nasz nazwaćby można słoniowacizną brunatną (*E. fusca*)<sup>1)</sup>.

Co do 2-go. Jak wiadomo, w nauce odróżnia się trzy okresy słoniowacizny, to jest: okres róży (*stadium erysipelatosum*), okres rozrostu czyli bujania (*stadium hyperplasticum*) i okres owrzodzenia (*stadium ulcerosum*). Stosując ten podział do naszej chorej, widzimy, że okres pierwszy od lat dwóch u niej przeminął, a zaś trzeci jeszcze wcale nie nastąpił, jest więc narośl w okresie bujania (*stadium hyperplasticum*). Czyli streszczając pojęcia rozpoznawcze, określenie postawi się w ten sposób: mamy do czynienia ze słoniowatością warg sromowych większych, która jest miękką, brunatną, w części gładką, a w części modzelowatą, i znajduje się w okresie drugim, czyli bujania tkani. (Dokończenie nastąpi).

Przerost elefantyatyczny lewój wargi sromowej większej, obydwóch warg sromowych mniejszych, łechtaczki, ściany tylnej zatoki moczopłciowej i części przedniej śródkrocza, powikłany z podobnymże przerostem, ale zarazem wysoko posuniętym owrzodzeniem ścian pochwy.—Odjęcie galwanokaustyczne głównej narośli złożonej z lewój wargi sromowej większej, dwóch warg sromowych mniejszych i łechtaczki z następnym odcięciem narośli mniejszych na obwodzie tylnym otworu sromowego powstałych, za pomocą nożyczek.—Wyleczenie.

Opisał Dr. L. A. Neugebauer, b. Docent akuszeryi.

Michalina P..., żona wyrobnika, lat wieku 25 licząca, w dniu 28 grudnia 1865 r. do szpitala przyjęta, kobieta wzrostu niskiego, budowy ciała silnej, tuszy dobrej, szatynka, od roku 15go życia swego miesiączkująca, od wszelkich chorób konstytucjonalnych wolna, od roku życia 20 (r. 1861) mężczyźnie zdrowemu i również od chorób konstytucjonalnych wolnemu zaślubiona, krótko po pójściu

<sup>1)</sup> G i r s z t o w t: Chirurg teoret. Tom 2, ark. 5, str. 65.

za mąż zaszła w ciążę. Od tegoż czasu poczęła doznawać nieznanego jej przedtem swędzenia w częściach płciowych zewnętrznych. Po niejakiem czasie ukazały się na wolnym brzegu lewej wargi sromowej większej, tudzież na obu wargach sromowych mniejszych, później nareszcie sromu, a w końcu nawet i na śródkroczu, guzelki okrągławe wielkości ziarn konopnych, które zwolna się powiększały. Przytęm i same części wymienione, a przedewszystkiem warga sromowa większa lewa zwolna coraz więcej obrzmiewały, i cały srom w końcu zamienił się na duży guz, wolno między udami wiszący, który chorej przez swój ciężar i swoją objętość, zwłaszcza przy chodzeniu, mocno dolegał. Na domiar zaś tego wszystkiego chora dotknięta została jeszcze i odchodem śluzu ostrego z pochwy, który, ściekając po powierzchni przeistoczonych części sromowych, wywołał bolesne owrzodzenie tychże części. Tymczasem ciąża doszła szczęśliwie do należytego końca, i poród odbył się siłami natury, jak najpomyślniej. Chora dziecię sama karmiła. Było zdrowe i rozwijało się należycie po miesiąc dziewiąty życia swego, gdzie, ząbkując dotknięciem zostało drgawkami i umarło.

W roku 1863 chora powtórnie zaszła w ciążę. Druga ta jednak ciąża nie doszła do należytego końca, lecz zakończyła się w szóstym miesiącu poronieniem. Plód przyszedł na świat nieżywy, ale przedstawiał wejrzeń świeże.

W dwa lata potem po poronieniu, chora, po raz trzeci w ciążę zaszędzszy, plód tą razą szczęśliwie donosiła. Poród atoli miała trudny. Leżała bowiem całe cztery doby w bólach porodowych, i jakkolwiek w końcu dziecię w położeniu głowowem znajdujące się siłami natury na świat wydała, toż dziecię jednak podczas porodu żyć przestało.

Poród ten trzeci miał miejsce w miesiącu marcu 1865 r.; niebawem po skończeniu porodu, chora dostała czyszczenia miesięcznego. Ale to czyszczenie było bardzo małe i, ustawszy, już nigdy więcej się nie powtórzyło, a chora w ciążę już nie zaszła.

Przy tē wszystkiem, przeistoczenie sromu przez cały ten czas już utrzymywało się na tym samym stopniu, jak niemniej i wyż wspomniony odchód śluzu z części rodnych trwał ciągle. Stan zaś ogólny chorej szwanku żadnego przez cały ten przeciąg czasu nie doznał.

Śledząc chorą, znalazłem części jej płciowe zewnętrzne przeistoczone w wielką narośl wolno między udami jej wiszącą, której część wolna była znacznie od podstawowej grubsza. Narośl ta miała długości blisko sześć cali. Grubość części jej podstawowej czyli szypuły wynosiła trzy do półczwarta cala, grubość zaś części wolnej czyli właściwego jej ciała cztery cale i dziewięć linii. Powierzchnia jej była nadzwyczajnie nierówna. Okazywała ona się bowiem nietylko przez głębokie wcięcia i szczeliny podzielona na różne mniejsze i większe oddziały czyli zrazy, ale nadto jeszcze i każdy pojedynczy zraz z osobna był obsadzony różnej wielkości guzelkami, z których najmniejsze miały objętość ziarn grochu polnego, a największe objętość ziarn kawy i większą. Guzelki te, będąc między sobą rozgraniczonymi głębokimi rowkami, w niektórych miejscach, zwłaszcza po brzegach wolnych zrazów narośli, ugrupowane były w sposób, żeby tak powiedzieć, brukowy, a w innych znowu miejscach składały jakby rodzaj krótkich gronek. Były one powleczone

naskórką gładką, suchą, barwy szaro różowej. Z większych zaś zrazów narodziły się trzy odznaczające się przeważającą objętością. Z tych znowu jeden znacznie był większy od pozostałych dwóch i obejmował mniej więcej pięć szóstych całej masy narodziły, gdy zaś pozostała szósta część tejże masy, składała się z dwóch zrazów mniejszych, równej mniej więcej wielkości będących. Zraz największy odpowiadał co do położenia lewej wardze sromowej większej, dwa mniejsze zrazy zaś odpowiadały dwóm wargom sromowym mniejszym. Tymczasem prawy ze zrazów dwóch ostatnich, nie wyłącznie z odpowiedniej mu wargi sromowej tylko był złożony, ale mieścił w swej masie nadto i pierwiastki łechtaczki. Ostatnie stanowiły jakby odrębny oddział części wewnętrznej tego zrazu.

Opisane zrazy narodziły się na powierzchniach swoich zewnętrznych, o ile też powierzchnie nie były pokryte wyżej wspomnianymi guzłkami, powleczone były zwyczajną skórą, tam zaś, gdzie były niemi pokryte, powleczone były naskórką cienką, gładką, suchą, szaro-różowego koloru. Na powierzchniach zaś wewnętrznych czyli odpowiadających otworowi sromowemu, pokryte były zaczerwienioną i powierzchownie owrzodzoną błoną śluzową.

Opisane przeistoczenie ograniczało się jednak nie na samych tylko wyżej wspomnianych częściach sromu, ale rozciągało się także i na wargę sromową większą prawą, jak niemniej na śródkrocze; było tu jednak o wiele mniej znaczne i przedstawiało się zarazem i w nieco odmienną postać, wyobrażało bowiem dwie zaokrąglone pół jajkowate wyniosłości, z których każda miała półtora cała długości, blisko  $\frac{3}{4}$  cała szerokości i tyleż prawie wysokości, a z których jedna osadzona była na części tylnej powierzchni wewnętrznej rzeczonyj wargi sromowej, druga na części przedniej śródkrocza i ścianie tylnej zatoki moczopłciowej. Wyniosłości te zresztą były tejże konsystencji i barwy, co i wyżej wspomniane guzłki lewej wargi sromowej większej i dwóch warg sromowych mniejszych, które na stronie swej zwróconej do ujścia pochwy były owrzodzone.

W końcu także i pochwa była nie tylko w całej swej długości aż po samą część pochwową macicy owrzodzona, ale nadto i w jej ścianach namacać można było liczne mniejsze i większe miejsca stwardniałe i nakształt guzłków do kanału pochwy wystających, które co do postaci i konsystencji o tyle tylko różniły się od guzłków znajdujących się na częściach płciowych zewnętrznych, że były więcej płaskie i nieco większe.

Stan ogólny chorej był dobry, ale jak już wyżej nadmieniałem, pozbawiona była swej regularności, nie będąc ciężarną.

Ponieważ chora od narodziły swej, która nie mogła być niczem inną, jak przerosłem elefantyaty cznym części sromowych uwolnioną być mogła jedynie w drodze operacji, postanowiłem więc też operację wykonać i do jej wykonania użyć dwóch równocześnie działających ekrazerów czyli przegniataczy. Nim jednak do samej operacji przystąpiłem, starałem się poprzednio jeszcze usunąć ile można owrzodzenie pochwy i przerosłych części płciowych zewnętrznych. W tym celu użyłem często powtarzanych oczyszczeń tych części wodą letnią i przestrzykiwania ich płynami ściągającymi. Kiedy zaś owrzodzenie już było zmniejszone, wziąłem się do samej operacji.

Ta miała miejsce w dniu 22 stycznia 1866 r.; assistowali mi przy niej koledzy Groër, Chwat i Nowakowski.

Przebieg operacyi był następujący. Udzieliwszy chorój położenie jak do litotomii, przepchnąłem nasamprzód przez środek osady narośli głównej od strony ujścia pochwy ku stronie lewej i przedniej narośli, zwyczajny trójgraniec, usunąłem sztylet i przez pozostawioną w częściach miękkich rurkę trójgranicową, za pomocą zgłębnika uszkiem opatrzonego, przeciągnąłem dwie nitki, następnie po tychże nitkach wycofnąłem rurkę trójgranicową z osady narośli, i przytwierdziłem do nitek łańcuszki dwóch różnych ekrazerów. Z tych dwóch ekrazerów był jeden Chassaigna c'a (fabryki Mathieu'a), drugi był odmianą narzędzia Chassaigna c'a, podaną i wykonaną przez Carrier'a. Użyłem umyślnie tych dwóch różnie ukształconych gatunków tego narzędzia, aby przy tej sposobności zarazem się przekonać, który z nich lepiej działa. Po przeciągnięciu łańcuszków przez podstawę narośli, odczepiłem nitki i ten z łańcuszków, który należał do ekrazer'a pierwotnego Chassaigna c'a, zwróciłem ku dołowi czyli tyłowi, a ten zaś, który odpowiadał ekrazerowi Carrierowskiemu, ku górze czyli przodowi, i utwierdziłem ich końce w odpowiednich im narzędziach. Postępując tak, ująłem ekrazerem pierwotnym Chassaigna c'a, tylną, a ekrazerem Carrierowskim przednią połowę szypuły narośli, z których to jej dwóch połów, pierwsza odpowiadała mniej więcej średniej i tylnej trzeciej części wargi sromowej większej lewej, a druga przedniej trzeciej tejże wargi sromowej, oraz dwóm wargom sromowym mniejszym i lechtaczce. W końcu ekrazer Carrierowski oddałem w ręce kolegi Chwata, a sam wzięłem się do ekrazeru Chassaignakowskiego. Zaczęliśmy oba równocześnie narzędziami działać.

Kiedy każdy z łańcuszków ujętą nim połowę szypuły narośli przegniótł już mniej więcej do trzeciej lub czwartej części jej średnicy, ekrazer Chassaigna c'a, mimo że był należycie zbudowany i w jak najlepszym znajdował się stanie, końce łańcuszka mu odpowiedniego, do kanału swego już dalej wciągać przestał, czyli innemi słowy zaprzestał działać.

W skutek tej okoliczności, jasno udowadniającej wyższość formy Carrierowskiej ekrazer'a nad formą jego oryginalną przez Chassaigna c'a podaną, niebawem ekrazer Chassaignakowski usunąłem i przez inny egzemplarz odmiany Carrierowskiej tegoż narzędzia zastąpiłem, który na wszelki przypadek miałem na doręczu.

Przegniecenie reszty części miękkich łańcuszkami ekrazerów ujętych, żadnej dalszej przeszkody już nie doznało, i po upływie mniej więcej kwadransa czasu od początku operacyi, narośl była odjęta.

Po odjęciu jej nastąpiło mocne krwawienie z tej części oddziału przedniego rany operacyjnej, która odpowiadała wargom sromowym mniejszym i lechtaczce. Krew toczyła się nietylko z kilku żył, ale i z jednej tętnicy. Z ostatniej nawet silnym wytryskiwała promieniem. Krwawienie to dosyć było uporczywe i dopiero po podwiązaniu rzeczonyj tętnicy i oblaniu przestrzeni krwawiącej roztworem półtorochlorku żelaza uspokoilo się.



Po uspokojeniu krwawienia, oczyszczeniu rany i opatrzeniu jej skubanką, zastosowałem okłady z wody zimnej na całą okolice sromową, i zadałem chorą gran makowca do wewnątrz, przepisując jej zarazem dyetę ścisłą. Chora w dniach następnych miała się dobrze i prawie nie gorączkowała.

W dniu 25 stycznia zmieniając opatrunek znalazłem w ranie początki ropienia.

W parę dni potem z tętnicy podwiązanej odpadła nitka, niebawem po odpadnięciu jej ukazały się w ranie zdrowe granulacye, a w dniu 12 lutego okazywać się zaczęły początki zabliznienia, które jednak mimo powtarzanego co parę dni lekkiego przyżegania rany kamieniem piekielnym i zastosowania dyety wzmacniającej w ogólności, powoli tylko się posuwało i nie pierwaj jak na początku miesiąca kwietnia było dopiero ze wszystkim dokończzone.

Równocześnie z raną wygoiło się także i owrzodzenie pochwy. Pozostawało teraz oddalić jeszcze i owe dwie wyżej wspomniane narośle półjajkowate, z których jedna osadzona była na części tylnej powierzchni wewnętrznej wargi sromowej większej prawej, druga na ścianie tylnej zatoki moczopłciowej i śródkrocza. Oddalenie to ich uskuteczniłem w dniu 14 kwietnia, wspólnie z *Drem Oskar*em *Heyfelderem* z Wilna, za pomocą *nożyczek*.

Rany z odjęcia tych ostatnich narośli wynikłe, stosunkowo znacznie prędzej niż rana przez odgniecenie głównej narośli wywołana, pokryły się substancją bliznową i z początkiem miesiąca maja były zagojone. W dniu jeszcze 2. rzeczonego co dopiero miesiąca maja, chora zupełnie zdrowa opuściła szpital.

## KRONIKA ZAGRANICZNA.

### Przyczynek do nauki o wypilowaniu stawu kolanowego u dzieci.

przez Prof. *Königa*.

Streścił *Dr. Gruell* (z Ostrowca).

(*Dr. König—Archiv für klin. Chirurgie. IX Band, pg. 177—220*).

Operacya wypilowania stawu kolanowego u dzieci, wielu licząca zwolenników między lekarzami Anglii i Ameryki, w Niemczech i we Francyi coraz rzadziej bywa wykonywaną.

Wpływają na to dwie głównie przyczyny: z jednej strony ulepszenie metody leczenia chorób stawowych pozwalające myśleć o zachowaniu takich nawet stawów, które dawniej z góry uznawane były za nieuleczalne, i bezwzględnie poddawane były operacyi; z drugiej strony, bardzo często wydarzające się powstrzymanie we wzroście kończyn na których w dzieciństwie wykonanem było wypilowanie stawu kolanowego, co je czyni zupełnie nieużytecznymi dla dorosłych.

Lecz nie należy spuszczać z uwagi i tej okoliczności, że w wielu razach, traktowanie chorych stawów i według najodpowiedniejszych obecnemu stanowisku nauki prawideł, nie osiąga zamierzonego celu; że choroba nie leczy się, lub też uleczona pozostawilaby członek zniekształtnionym i nieużytecznym. W innych razach cierpienie z samego początku bywa tak zaniedbanem, iż pod opiekę naszą uciekają się chorzy, u których o leczeniu bezoperacyjnem nie może być mowy.

Cóż w tych razach pocniemy? Będziemyż bezczynnymi widzami coraz dalej szerzących się zniszczeń w stawie, które grożą choremu utratą całej kończyny, jeżeli nie życia? Dlaczegoż nie mielibyśmy się uciec w takim wypadku do wypilowania stawu kolanowego, jak to czynimy z innymi stawami?

Rozpatrzmy zatem, które z chorób stawu domagają się jego wypiłowania, co staje w niektórych razach na przeszkodzie do uleczenia tych chorób, i czy z wypiłowaniem stawu przeszkody te zostają usuniętymi.

Do miejscowych okoliczności powodujących trudną uleczalność chorób stawów, należy w późniejszych okresach guza białego (*tumor albus*), tworzenie się mnóstwa przetok o krętych przewodach na około stawu, nie wystarczających jednak do odpływu całej masy ropy z jego wnętrza, które ulega zmianom prowadzącym do samowolnego zwichnienia (*luxatio spontanea*). Chrzątka i kość także ulegają pewnym zmianom, i to albo następczo, albo, co rzadziej, pierwotnie.

Zmiany następcze w chrząstce i kości, bądźto przechodzą z części miękkich jak torebki stawowej i więzów, bądź polegają na zmienionych stosunkach ucisku jednych części stawu na drugie i wywołanem przez to zużyciu (*usura*) kości i chrząstek.

Czasem, przy nienaruszonem wnętrzu stawu pierwotnie powstaje ognisko ropne w epifizie kostnej, które rozszerzając się, później dopiero do wnętrza stawu wnika.

Wszystkie te processa komplikować się jeszcze mogą oddzielaniem się odszczepów zmartwiałych kości, co uleczenie jeszcze bardziej czyni niemożliwem.

Niszczące te processa jakkolwiek odbywają się przy powierzchni stawu lub w bliskości epifizy, wywołują jednak na znaczniejszej przestrzeni kości zboczenia w odżywianiu, co przy dłuższem trwaniu doprowadzić może epifizę do takiego stanu, iż chociaż później i nastąpi uleczenie choroby, członek we wzroście powstrzymanym zostanie. Cierpi też przytęm i ogólne odżywianie chorego.

Rozpoznanie kliniczne powyższych zmian anatomo-patologicznych nie jest zbyt trudnem. Proces to bowiem najczęściej chroniczny, a jeżeli pomimo długotrwałego i racjonalnego leczenia nie osiągamy celu, już wnioskować możemy że ważniejsze zmiany zajęć musiały w stawie.

W domyśle tym utwierdzi nas pojawienie się obrzmiałości stawu, oznak próchnienia końców stawowych lub ich zboczenia (*deviatio*), nareszcie tworzenie się licznych, znaczną ilość ropy wydzielających przetok na około stawu. Otwory tych przetok najczęściej spotykamy na przedniej powierzchni uda, 2—3 cali po nad rzepeką, po bokach ścięgna mięśni prostujących (*extensores*), w dole podkolanowym przy wewnętrznej stronie zginaczy, a na goleni, przy górnej wewnętrznej części piszozeli; dość często także na samej linii stawu po prawej i lewej stronie więzu rzepkowego. Długie trwanie takich przetok dowodzi prawie zawsze łączności ich z wnętrzem stawu, posiadającego naruszone już końce stawowe kości w skład jego wchodzących, co nie zawsze jednak zgłębnikiem wykryć się daje. Najniezawodniejszym znakiem zajęcia wnętrza stawu jest tarcie się końców stawowych o siebie (*crepitatio*).

Czy chorego z opisanem cierpieniem stawu mieliśmy od początku w naszym leczeniu o pomyślności którego już zwątpiliśmy, czy też dostaniemy w kurację zaniechanego, na którym zawsze wypadnie przeprowadzić leczenie w kierunku zachowawczym (opatrunek gipsowy lub krochmalowy), to jednak widząc bezskuteczność naszej interwencji wyczekującej, uciec się musimy do działania operacyjnego, do wykonania wypiłowania stawu.

Uczynimy to tem chętniej, że przeciągłe ropienie wycieńczając chorego, narażają go na niebezpieczeństwo utraty życia, że, chociażby po długim leczeniu i udało nam się staw zachować, to kończy na pozostanie skrzywioną, gdy skuteczniając wypiłowanie stawu, usuwamy wiele niebezpieczeństw grożących choremu, wstrzymujemy posuwanie się choroby, a ocalając przez to epifizę, zabezpieczamy na przyszłość wzrost członka.

Wykonanie operacji wtedy jednak tylko będzie usprawiedliwionem, gdy będziemy w stanie zapewnić używalność członka na przyszłość, co zdaje się być w naszej możliwości. Rzadko wprawdzie przychodzimy do ruchomego stawu, co jest idealnem dążeniem chirurgii, ale otrzymujemy członek nie ustępujący w użyteczności otrzymanemu w drodze samowolnego uleczenia. Na poparcie tego przytacza autor między innymi wypadkami z swęj praktyki ten najwybitniejszy, że dróżnik któremu on w dzieciństwie wypiłował staw kolanowy, odbywa codziennie 6-cio godzinną drogę, bez wielkiego zmęczenia.

Zapewnienie używalności członka zależy prawdopodobnie od zachowania chrząstkowej powierzchni epifizy graniczącej z diafizą, z której kość wytwarza się na długość. Wiadomo, że ze zniszczeniem epifizy kostnej powstrzymuje się także wzrost kości na długość, jest więc więcej niż prawdopodobnym, że operacja, w której oddalono całą epifizę lub znaczną bardzo jej część, pociąga za sobą powstrzymanie wzrostu członka. Autor stwierdza to przytoczeniem 18tu spostrzeżeń, opisanych przez George Murray Humphry z Cambridge.

W 8-miu wypadkach, w których wzrost członków nie był zakłóconym, wypiłowywano cienkie tylko blaszki kości udowej i piszczelowej, najwyżej  $1\frac{1}{2}$  cala z obu kości razem, — raz wprawdzie wypiłowano aż  $2\frac{1}{2}$  cala, lecz to u 17-sto letniego indywiduum. W pozostałych 10-ciu wypadkach, gdzie wzrost był powstrzymanym, prawdopodobnie oddaloną była cała epifiza z jednej przynajmniej kości, tu bowiem wypiłowywano kawałki wynoszące  $2 - 3\frac{1}{2}$  cala. Zdarzało się to jednak i po wypiłowaniu mniejszych kawałków np. u 15-sto letniego indywiduum, po usunięciu 1 cala kości udowej i  $\frac{3}{4}$  c. piszczeli; u 3 letniego dziecka po oddaleniu kości udowej  $\frac{3}{4}$  a piszczeli  $\frac{1}{4}$  cala, i u 13 letniego gdzie po usunięciu  $1\frac{7}{8}$  cala z obu razem kości, pozostało skrócenie kończyny o  $3\frac{1}{2}$  cala (z tych 2 cale przypada na piszczel).

Jakkolwiek niezbyt dokładne dane tych spostrzeżeń, nie pozwalają wyprowadzenia pewnych wniosków, zawsze jednak przychodzimy do przekonania, że niebezpieczeństwo dla operowanego rośnie w prostym stosunku do grubości oddalonych kawałków kości, w wypadkach zaś, gdzie wzrost wstrzymanym był mimo wypiłowania małych kawałków, zależy to musiało od zajęcia epifizy sprawą chorobową jeszcze przed dokonaniem wypiłowania, i od zniszczenia jej żywotności.

Idzie teraz o oznaczenie jak wielkie kawałki kości wypiłowanymi być mogą bez obawy o zajęcie powierzchni granicznej epifizy.

Autor starał się to skutecznie badając stawy młodych indywiduów ze szczególnym względem na owe powierzchnie. Po zbadaniu 4-ch takich stawów indywiduów: nowonarodzonego, 11-to, 16-to i 18-to letniego doszedł do następujących wypadków:

Jeżeli w różnych miejscach zrobimy prostopadłe przecięcia głowy stawowej i obnażymy epifizę z boków na około kości, to przekonamy się, że powierzchnia chrząstkowa na której ona jest osadzoną, jest falistą i prawie równoległą do obrysów głowy stawowej.

Na przedniej powierzchni kości udowej, linija chrząstkowata epifizy, przebiega esowato od kłykcia wewnętrznego, wstępując nieco ku zewnętrznemu; w środku kości, w miejscu rowka międzykłykciowego, zbiega się z granicą chrząstki powierzchownej; po obu stronach kłykciów spuszcza się prawie równoległe do pokrytych chrząstką bocznych ich powierzchni, a z tyłu znowu łukowato wznosi się ku górze. Na tylnej powierzchni tej kości przedstawia linję płaską, esowato zgiętą i lekko łukowato ku dołowi wypukłą. Na przecięciu prostopadłym przez środek obu kłykciów linija chrząstkowata epifizy przedstawia się zlekka falistą, prawie równoległą do przecięcia brzegu stawu i tylko ku obu nadkłykciom (*epicondylis*) szczególnie wewnętrznemu, nieco wzniesioną.

Na przedniej powierzchni piszczeli linija epifizy o tyle zbacza od kierunku równoległego do przedniego brzegu stawu, że zajmuje guzik piszczeli (*tuber tibiae*) tworząc trójkątne przedłużenie ku dołowi. Od wierzchołka kąta wznosi się linija łukowato na zewnątrz i wewnątrz, zdążając ku tylnej powierzchni piszczeli, gdzie przebiega esowato i prawie równoległe do tylnego brzegu stawu. Na przecięciu pionowym linija ta przebiega prawie tak jak na tylnej powierzchni, z tą różnicą, że w środku mniej jest wypukłą. Po oddaleniu epifizy, płaszczyzna na której była osadzoną, okazuje się z boków ku środkowi miernie sklepioną, a w kierunku guzika piszczeli spadziastą.

Wymiary odległości linii epifiz od powierzchni stawu, których kierunki oznaczone są na figurach, wskazuje następująca tablica:

		Chłopiec 18-letni	Dziew. 16-letnia	Dziew. 11-letnia	Nowo- narodzone
1o U d o.					
	$\alpha$ Rowek międzykłykciowy przedni . . . . .	2,4 Ctm.	2 Ctm.	1,6 Ctm.	0,8 Cmt.
	$\beta$ Wysokość boczna (kłykieć wewn.) . . . . .	3,5 "	3,2 "	2,4 "	1,6 "
	$\gamma$ Wysokość boczna (kłykieć zewn.) . . . . .	3,2 "	3,0 "	2,1 "	1,3 "
	$\delta$ Rowek międzykłykciowy tylny . . . . .	1,9 "	1,8 "	1,4 "	0,6 "
na przedniej	a Wysokość w rowku międzykłykciowym . . . . .	2,1 "	2,0 "	1,9 "	0,9 "
	b Środek kłykcia wewnętrznego . . . . .	3,2 "	3,0 "	2,4 "	1,5 "
	c Środek kłykcia zewnętrznego . . . . .	3,0 "	2,8 "	2,1 "	1,2 "
2o P i s z o z e l.					
	$\alpha$ Wysokość przednia . . . . .	4,4 Ctm.	4,2 Ctm.	3,8 "	
	$\beta$ Wysokość tylna . . . . .	2,2 "	1,8 "	1,5 "	
	$\gamma$ Wysokość boczna wewnętrzna . . . . .	2,1 "	1,9 "	1,5 "	1,0 Cmt.
	$\delta$ Wysokość boczna zewnętrzna . . . . .	2,0 "	1,9 "	1,4 "	1,0 "
na przedniej	a Środek . . . . .	2,0 "	1,7 "	1,5 "	0,8 "
	b Wysokość boczna zewnętrzna . . . . .	1,5 "	1,3 "	1,2 "	0,8 "
	c Wysokość boczna wewnętrzna . . . . .	1,6 "	1,3 "	1,2 "	0,8 "

Uważnie rozpatrując się w tych cyfrach dostrzegamy, że wzrost epifizy wynosi około  $\frac{2}{3}$ —1 milimetra w przeciągu 1-go roku życia, co daje możność obliczenia wysokości epifiz uda i piszozeli dla każdego wieku, z powyższej tablicy.

Pod względem praktycznym ważnym jest oznaczenie jak daleko od wolnego brzegu stawu założyć można piłę, aby oddalić jak największy kawał epifizy, bez zajęcia powierzchni jej chrząstkowatej graniczącej z diafizą.

Powierzchnia ta jest prawie równoległa do obrysów brzegu stawu okrytego chrząstką, cięcie jednak nie mogąc być falistym, powinno być tak przeprowadzone aby nigdzie nie zajął jej wyniosłości. Skoro część stawowa kości udowej z przyczepem torebki przy brzegu chrząstki stawowej, została obnażoną, to stosownym będzie oznaczyć na niej 4 punkta, przez które przepiłowanie przeprowadzoneby być mogło, bez zniesienia całej epifizy.

Jeżeli na przedniej powierzchni kłykci kości udowej obierzemy sobie miejsce, w którym brzeg chrząstkowaty epifizy z linii bocznych prawie prostopadłe przebiegających przechodzi w poziomy i od tych punktów wzdłuż prostopadłego brzegu odmierzymy około 1 ctm., następnie jeżeli na tylnej powierzchni kłykciów w dole podkolanowym oznaczymy sobie końce obu wewnętrznych, łukowato przebiegających linii chrząstkowatych przy przyczepie torebki, i od miejsca odmierzymy na téjże linii z obu stron przy wewnętrznym i zewnętrznym kłykciu także około 1 ctm., to przez te 4 punkta można skutecznie przepiłowanie, które u 11 letniego indywiduum stanowić będzie mniej więcej, granicę części mogącej być oddaloną. Cięcie to zajmuje w istocie nieco mniej wewnętrznego kłykcia niż mogłoby być oddaloną, lecz gdybyśmy punkta te niżej na wewnętrznym kłykciu opuścili, to przy przepiłowaniu według płaszczyzny, oddalilibyśmy części linii epifizy w środkowej i zewnętrznej części kości. Oddalony w ten sposób skrawek z kości udowej ma wysokości w środku (w rowku międzykłykciowym) mniej więcej 1,2 ctm., a przy kłykciach 1,8—1,6 ctm. Z kłykcia wewnętrznego można tedy jeszcze spiłować klinowaty ku środkowi skrawek, którego podstawa ma szerokości około 0,8—0,9 ctm.

Jeżeli wymiary te przyjmiemy za dotyczące indywiduum 10 letniego, to przez odejmowanie lub dodawanie do każdego z nich  $\frac{2}{3}$  milim. na każdy 1 rok życia, możemy

obliczyć także wymiary dla każdego innego wieku. U 16-letniej dziewczyny autor według tego, był w stanie oddać skrawek mający wysokości w środku 1,4 ctm., a 2,1 ctm. przy kłykciach.

Dla piszczeli u 11-letniego dziecka oznaczamy granicę przepiłowania, trzymając się mniej więcej 0,5 ctm. od bocznych stron przedniego brzegu stawu, który tu jest najwydatniejszym. Cięcie to, pozostawia jeszcze po obu bokach małe klinowate kawałki, jakoteż i przedni koniec, aż do guzika piszczeli. Ten może być jeszcze oddalonym przez odpilowanie skrawka klinowatego ku środkowi z podstawą około 0,5 ctm. przy guzowatości piszczeli. Tym sposobem oddalony skrawek z piszczeli ma w środku 1,5 ctm., a po obu bokach 0,5 ctm. wysokości. U 16-letniego indywiduum oddać można 0,8—0,9 ctm. po bokach; środek wynosić wtedy będzie 2 ctm.

Złożwszy razem oddalone skrawki obu kości, wyniosą one u 11-letniego dziecka nie całe 2,7 ctm., a u 16-letniego 3,4 ctm. (w środku).

Z tego cośmy dopiero powiedzieli, wykazuje się, jak oszczędni być powinniśmy w poświęcaniu części epifiz. Gdy jednak, przekonani o bardzo daleko posuniętych zmianach w końcach stawowych kości, zdecydujemy się na wypilowanie większych ich kawałków, śmiało możemy to uczynić, pewni, że uzyskany w ten sposób członek jeszcze będzie lepszym od otrzymanego w drodze samowolnego uleczenia, gdyż zajęta sprawą chorobową znaczna część epifizy w żadnym razie nie dopuściłaby jego wzrostu. Wiadomo nam wreszcie, że i długotrwałe cierpienie kości nie jest bez wpływu na powstrzymanie wzrostu członka, co łatwo sprawdzić można na ludziach ze zniekształconymi stawami kolanowymi w skutek przebytych w dzieciństwie processów zapalnych z długim ropieniem. Każda prawie z takich kończyn przedstawia większy lub mniejszy stopień skrócenia, co w części zależy od zwiechnienia piszczeli ku tyłowi, w części jednak i od powstrzymania wzrostu. Po gwałtowném wyprostowaniu (*extensio violenta*) takich kończyn, pozostają one skróconemi, i chociaż przy zastosowaniu opatrunku unieruchamiającego lub stosownego przyrządu mogą służyć do użytku, mniej jednak zdają się być pomocnymi dla indywiduum niż kończyny otrzymane w drodze wczesnego działania operacyjnego.

Zdaje się, że tłumaczenie sobie powstrzymania wzrostu członków w tych ostatnich razach li tylko ich nieużytecznością, nie zawsze jest uzasadnioném; częściej zdają się wpływać na to pewne stany patologiczne w obrębie epifizy, jak zbyteczne bujanie ziarniny, stłuszczenie, przedwczesne skostnienie i t. p., a nadto i cierpienia kości jak próchnienie i zużycie (*usura*), za czém przemawiać się zdaje ta jeszcze okoliczność spostrzeżona przez autora, że piszczel (*tibia*) najwięcej we wzroście powstrzymywaną bywa. Jeżeli przypomniemy sobie że linja graniczna epifizy piszczeli, leży bliżej powierzchni stawu niż takąż linja uda, i że przy zgiętém położeniu kolana, cała powierzchnia piszczeli jest wystawioną na ucisk, to bardzo być może że w skutek tego ulega ona, jak również i najbliższej leżąca część powierzchni epifizy, zanikowi przez ucisk (*usura*) z następczém powstrzymaniem wzrostu.

(Dokończenie nastąpi).

## KORRESPONDENCYA.

Piotrków, dnia 10 czerwca 1871 r.

### 1. Kilka słów w kwestyi powtórnego szczepienia ospy (*revaccinatio*).

Przez Dra Stanisława Szancera.

Gdy z dymiącego jeszcze krateru na Zachodzie, oprócz innych strasznych wybuchów, lawina ospy rzuciwszy przerażenie na bliższe z nim miejscowości i u nas popłoch rzuciła; bardzo słusznie czuwające władze przedsiębiorą środki, zdrowie i życie mieszkańców zabezpieczające. Powtórne szczepienie (*revaccinatio*) z jednej strony uspokaja moralnie przełkniętych groźnym nieprzyjacielem, a z drugiej strony podług ostatecznych przekonań większej liczby uczonych lekarzy, jest najpewniejszym środkiem ochrony od zarazy. Tém przekonaniem przejęci lekarze paryzcy (jak z pism lekarskich się dowiadujemy), podczas nawet straszego oblężenia, zniósłszy się z ówczesną władzą, nie przestawali wykonywać

zaszczepiania powtórnego na gwardzistach, których na krótki czas od czynności obrony odrywać musieli. Przed 10ciu może latami w okolicy 4 mil od Piotrkowa oddalonej, szeroko rozszerzyła się ospa naturalna. Wówczas w kółku lekarskiem, które kilka lat niegdyś cieszyło się braterskim i naukowym życiem, za wnioskiem moim uchwalono najobszerniejszą i najszybszą w mieście rewakcynację. Uczniowie szkół, uczennice pensyjonatów żeńskich i bardzo wiele osób prywatnych poddało się tej małej operacji. U wielu osób zaszczepienie dobre dało następstwa, czego na sobie miałem widoczny przykład. A gdy następnie jakaś dziewczyna z miejsca epidemii do miasta przybyła i zachorowała na ospę, zaraza nie napotykając materiału palnego, tylko pięć osób i to nigdy nie szczepionych dotknąć zdołała. Czyż można w tym wypadku zaprzeczyć zbawiennemu wpływowi rewakcynacji? Ciekawą pod tym względem wyczytałem w Tygodniku Illustrowanym korespondencję z Chemnitz w Saxonii, gdzie po ostatniej wojnie rozpanoszyła się ospa, która nie rewakcynowanych 50 na sto dotykała, a powtórnie szczepionych ledwo dwóch na sto opanowywała. Tak dawniej jako i teraz, gdy z rozporządzenia władzy skrzętnie zajęto się u nas w Piotrkowie rewakcynacją, zadziwiło mnie: że u osób niektórych u których przed kilku nawet latami ze skutkiem szczepiono powtórnie ospę, i obecnie poddane zaszczepieniu piękne ospy ochronnej krosty przedstawiały. Przypuściłoby więc należało, że powyższe indywidua, gdyby przed ostatniem zaszczepieniem znajdowały się wśród ogniska epidemii ospowej, mogłyby podlegnąć zarazie. Na jak więc długo szczepienie zabezpiecza? Wiadome mi są wprawdzie w tym względzie orzeczenia uczonych, które mnie po powyższem doświadczeniu zadowolnić nie mogą. Ale przypominam sobie rozmowę jaką przed kilku latami miałem z uczonym b. rektorem wszechnicy krakowskiej Drem D i e t l, a tyczącą się tego przedmiotu. Tenże oświadczył: że nietylko jest wielkim zwolennikiem rewakcynacji, która nie zawsze zabezpiecza, ale byłby raczej za r e w a k c y n i z a c y ą, to jest powtarzać szczepienie dopokąd jad ospowy nie zubożętni organizmu. Myśl ta jest przez analogią zastosowaniem niefortunnego dogmatu syfilizacji; ale wykonanie tego projektu podług mnie z mniejszą szkodą dla ciała zastosowaćby się dało. Gdyby mi ktoś zarzucił, że ludzie nie tak chętnieby się poddawali takim operacyjom powtarzanym, przypomnę na zbicie tego zarzutu: czyż to dawno minęły te czasy, kiedy osoby celem uniknięcia (jak mniemano) wielu chorób, nosiły bolesne i szpecące apertury, a nawet damy z próżności i chęci delikatnego wyglądu, nie zrażały się od tych barbarzyńskich oszpeceń? Czy prof. D i e t l powyższą myśl gdzieś naukowo rozwinął; czy ją starał się praktycznie stwierdzić; czyliby tę propozycję kto inny światu uczonemu ogłosił? — nie jest mi wiadomem. Gdy jednak kwestya ta jest na czasie, uważałem za stosowne podać to moje wspomnienie do publicznej wiadomości.

## 2. O siarku rtęci (*Aethiops mineralis*).

List czcigodnego b. rektora Szkoły Głównej datowany z Rzymu, umieszczony w 29 Nrze Gazety lekarskiej z r. b. a traktujący o stwierdzonej skuteczności siarku rtęci w cholery, obudził niewyraźne w mojej pamięci wspomnienie: że ten środek w większych dawkach gorąco zalecony był przed kilkunastu laty; ale w jakiej chorobie nie mogłem sobie dokładnie przypomnieć. Byłem prawie pewnym, że go sam próbowałem, ale nie musiał mi pożądaných przynieść skutków, kiedy w moim lekarskim arsenale, jako *curiosum* archeologiczne zardzewiały spoczywał. Chcąc jednak z pyłu zapomnienia prawdę wydobyć, udało mi się w Tygodniku lekarskim (wydawany przed kilku laty przez Dra N a t a n s o n a) wynaleźć kilka artykułów podanych przez Dra S o k o l o w, a zamieszczonych w Nrach: 4, 5, 7, 15, 16, 17 z r. 1848, w których rozwija metodę Dr. S e r r e zastosowania *Aethiops* mineralnego w większych dawkach (gram i więcej dziennie) w gorączce tyfoidalnej, która (zdaniem Dra S e r r e i jego współpracownika Dra P e t i t) powstaje przez wprowadzenie do organizmu niszczącego zarodku (*principe délétère*). S e r r e przez porównanie: że środki rtęciowe działają dobrze w innych gorączkach wysypkowych, zubożniając pierwiastek choroby, ale nie wywierając żadnego skutku na następstwa spotykane w przewodzie trawienia, zaleca w gorączce tyfoidalnej jako najodpowiedniejszy środek: siarek rtęci z współczesnem wcieraniem w żywot szaruchy. Gdy zaś w obecnych czasach

przyczyny chorób zakaźnych szukamy w ciałeczkach organicznych roślinnej lub zwierzęcej natury, środek więc powyższy (gdyby się jego zachwalana skuteczność sprawdziła) mógłby być uważany, jako dezinfekcyjny, jako odtrutka, chorobę w samym zawiązku dławiąca, drogą więc analogii doszlibyśmy do drogocennego, chociaż nieco empirycznego środka. Jeżeli ja w czasie tyfusu głodowego w r. 1848 używając ten środek, nie bardzo się nim zachwycelem, może być że obawiając się w chorobie zakaźnej używać środków rozkład krwi przyśpieszających, nie wyłącznie lub lękliwie powyższe lekarstwo stosowałem. Dr. téż L a n g o w s k i w témże samém powyżej przytoczoném czasopiśmie wyjawia swoje rozczarowanie co do metody Dra S e r r e. W każdym razie celem dokładnego obeznania się z powyższym przedmiotem, sędzę, że artykuły Dra S o k o ł o w traktujące o używaniu siarku rtęci, zasługują na dokładne przejrzanie.

### Wiadomości bieżące.

— Działanie ciepłych kąpeli przy wodnej puchlinie (*hydrops*). Przez A. S t e f f e n ' a (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, 3 II. 1871). Zaden wiek chorego nie wyłącza użycia ciepłych kąpeli (t. j. kąpeli 28<sup>o</sup> R., ogrzanych na 32—34<sup>o</sup> w czasie bytności w nich chorego, z następném poceniem 2—3 godzinném); najmłodsze nawet dzieci mogą być w ten sposób leczone. Poprzedni stan sił chorego wymaga uwzględnienia o tyle, że u słabych indywiduów nie należy kąpeli zbyt długo powtarzać, gdyż jak doświadczenie okazało, zmniejszanie się puchliny i ciężaru ciała trwa jeszcze przez kilka dni po ostatniej kąpeli, przez co moglibyśmy więcej zmniejszyć wagę ciała chorego, niż na to pozwalają jego siły.

Wskazane są te kąpiele przy obfitych przesiękach w tkance łącznej podskórnej, przy wolnych przesiękach w worku otrzewnej, w workach opłucnej i w osierdziu, z nadmienieniem, aby w tym ostatnim przesięk nie był nadto wielki. Jeżeli te przesięki są tylko następstwem niekorzystnych warunków życia, głównie pożywienia i mieszkań (co się często spotyka u małych dzieci), to wystarcza zwykle stosowna i wzmacniająca dyeta, chyna, żelazo — dla usunięcia przesięków. Jeżeli takowe powstały w skutek obszernych i długotrwałych katarów kiszek, to usunięcie ostatnich obok stosownej diety wystarcza do uleczenia chorych. Jeżeli nawet przesięki dosięgły wysokiego stopnia, to jednak i w tych razach prócz wzmiankowanych środków, z pożytkiem zastosujemy ciepłe kąpiele.

Przesięki po ciężkich chorobach, będące wyrazem upośledzonej czynności serca, znikają przy stosownem zachowaniu się i pielęgnowaniu.

Przesięki w przebiegu chorób, zależne głównie od zmienionej mieszaniny krwi, wytwarzają się mianowicie w szkarlatynie, w obec cierpienia nerek, lub bez takowego. Przesięki te w kilka godzin lub dni dochodzą wysokiego stopnia i mogą zagrozić życiu. W tym razie autor radzi przy zjawieniu się pierwszych objawów obrzęku, uciec się do ciepłych kąpeli, które w Szczecińskim szpitalu dzieciennym w tych wypadkach wielce pomocnemi się okazały.

Użycie ciepłych kąpeli przy przesiękach po szkarlatynie, nie daje jednakowych zawsze rezultatów. Zwykle zaraz po pierwszej kąpeli przy obfitym pocie, obniża się ciężar ciała i zmniejszają się przesięki, przyczém pierwszy ten skutek zdaje się być stosunkowo najznacniejszy, tak że następne zmniejszanie się przesięków zdaje się być stopniowo coraz mniej znaczne. Zdarzają się téż wypadki, gdzie pierwsze zmniejszenie się przesięków daje się zauważyć dopiero po 2—3 kąpielach. Wreszcie bywają wypadki, gdzie pomimo kąpeli przesięki i ciężar ciała powiększają się nawet, albo wzmagają się po nieznaczném zmniejszeniu, dopóki stałe mniej lub więcej znaczne zmniejszanie się nie rozpocznie. Często obserwujemy postęp w zmniejszaniu się przesięków przez kilka dni pomimo zaprzestania kąpeli. We wszystkich tych wypadkach, z małym wyjątkiem zaledwie, ciepłe kąpiele przyczyniają się do zupełnego wyleczenia.

Trudnijszém okazuje się usunięcie przesięków, zależnych od patologicznych procesów w pewnych organach. Chociaż i te przesięki pod wpływem ciepłych kąpeli ustępują nie wiele powolniej od poprzednich, to jednak ostatecznego ich usunięcia nie można się

spodziewać póki zasadnicze cierpienie nie będzie uleczone. Jeżeli cierpienie to nie da się uleczyć, to usunięcie przesięzków należy uważać tylko za chwilowe, tak że po pewnym czasie można spodziewać się z pewnością powrotu. Jednak w tych razach nie należy ociągać się z przyniesieniem ulgi chorym w dolegliwościach jakie im przynoszą obfite przesięki. Choćbyśmy tylko przemijająco zdołali ulżyć cierpieniom chorych, to jednak wiele wygramy i opóźnimy śmiertelne zejście pierwotnego procesu. Często przy powrotnych przesiękach należy powtórzyć użycie ciepłych kąpeli.

Z organów, których patologiczne stany powodują przesięki, nerki stoją na pierwszym miejscu. Prosta *nephritis* z obfitym białkomoczem i włóknikowemi cylindrami w osadzie zdaje się wywoływać większe i więcej uparte przesięki, aniżeli gdy ten sam proces rozwinię się w przebiegu szkarlatyny. Częste kąpeli ciepłe okazują się niedostateczne, tak że zmuszeni jesteśmy wziąć do pomocy inne środki lekarskie.

Skuteczność ciepłych kąpeli używanych przy przesiękach powstałych przy *szkarlatynie* z *nephritis*, zdaje się być nieco odmienna. Przecięciowo ciepłe kąpeli w tych razach są skuteczniejsze, wszakże pewne ostrożności zachowane być winny. Ciepłe kąpeli są tu przeciwwskazane przy obszernej *bronchitis capillaris*, i poczynającym się obrzęku płuc; mogą one być powodem nagłego i śmiertelnego zejścia. Baczyć też należy na oddawanie moczu. Jeżeli zbyt mała ilość uryny wydzielaną zostaje, to należy pamiętać o możności w tym stanie drgawek mocznicowych (*uraemia*), i lepiej wstrzymać się od ciepłych kąpeli. W tych razach, czy to napad mocznicowy wystąpił czy też obawiano się go, autor zaprzestawał ciepłych kąpeli, i używał letnich z zimnemi oblewaniem ciała, a w razie potrzeby przystawiał kilka pijawek na głowę i zadawał *flores benzoës* do wewnątrz. Przy takim postępowaniu nie miał on stracić żadnego chorego zagrożonego mocznicą. Zwykle, oddawanie moczu idące ręką w rękę z wydzielaniem potu, powiększało się po tych napadach, po czém przesięki i ciężar ciała zmniejszały się.

Przy obszernych przesiękach w skutku przewlekłych cierpień wątroby i śledziony, użycie ciepłych kąpeli równie jest wskazane.

Długo zachodziła wątpliwość, czy należy używać ciepłych kąpeli przy przewlekłych cierpieniach serca. Autor oświadcza się za ich użyciem i przytacza jeden wypadek, gdzie pomimo daleko posuniętych patologicznych zmian w sercu, ciepłe kąpeli nie tylko dobrze były znoszone, ale także okazały się nader skuteczne w zmniejszeniu przesięków istniejących.

Są jednak zdaniem autora, stanowcze przeciwwskazania do użycia ciepłych kąpeli przy obecności przesięków.

Najważniejszem przeciwwskazaniem jest gorączka, i wszelkie choroby z ostrym przebiegiem. Dalej choroby mózgu i jego opon, obfite przesięki i wysięki w osierdziu, wielki upadek sił. Ciepłe kąpeli są także nader niebezpieczne przy poczynającym się obrzęku płuc, tak że mogą wywołać natychmiastową śmierć lub przyspieszyć fatalne zejście. Okoliczność ta jest szczególnie ważną przy przesiękach w przebiegu szkarlatyny powstałych. Przesięki te mają skłonność do upowszechniania się po całym ciele, obawiać się więc należy także obrzęku płuc. Przed użyciem więc ciepłych kąpeli należy starannie wy badać, czy się takowy obrzęk rozwija, lub czy się już rozwinął.

W rzadkich wypadkach, znalazłszy płuca wolne od obrzęku, widzimy że takowy rozwija się w pewnym stopniu w czasie ciepłej kąpeli, i daje się rozpoznawać po silnej duszności. W tym razie, należy zaprzestać kąpeli i zrobić energiczne oblewania zimne na tył głowy, kark i grzbiet. Również i w następstwie ciepłe kąpeli nie będą stosowne w tym szczególnym wypadku.

Redaktor i wydawca Prof. Dr. Girsztowt.

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

W Drukarni Józefa Bergera przy ulicy Daniłowiczowskiej, Nr. 619. — Дозволено Цензурою.