

# 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. Jeszcze kilka przypadków rdzennego uleczenia odprowadzalnych przepuklin pachwinowych (*cura radicalis herniarum inguinalium reponibilium*). Spostrzeżenia Prof. Girsztowta. Słoniowatość warg sromnych (*Elephantiasis v. pachydermia labiorum majorum*). Spostrzeżenie Dra Krajewskiego Feliksa, ordynatora szpitali Hrubieszowskich. (Dokończenie). **Kazuistyka lekarska.** Kronika Zagranicza. Przyczynek do nauki o wypilowaniu stawu kolanowego u dzieci. Przez Prof. Königa. Streścił Dr. Gruell (z Ostrowca). (Dokończenie). **Korrespondencya z Solca.** Przez Dra Wyrzykowskiego, lekarza zdrojowego w Solcu. **Wiadomości bieżące.** Nowo kreowani lekarze medycyny. Prof. Schweigger. Straty armij niemieckich w czasie wojny francuzko-pruskiej. **Dodatek.** Fizyologii T. I, ark. 20, T. II, ark. 7, Epizoosyologii ark. 9, Auskultacyi i Perkussyi ark. 10, Policji lekarskiej T. III ark. 7.

Jeszcze kilka przypadków rdzennego uleczenia odprowadzalnych przepuklin pachwinowych (*cura radicalis herniarum inguinalium reponibilium*).

Spostrzeżenia Prof. Girsztowta.

Przepukliny (*herniae*) należą do częstych w kraju naszym cierpień. Przed kilku laty, w zamiarze utworzenia chociaż w przybliżeniu dokładnej statystyki główniejszych chorób chirurgicznych, napotykanych w wolnej praktyce i w szpitalach naszych, wystosowaliśmy (w charakterze przewodniczącego oddziału chirurgii Tow. lek. Warsz.) odezwę do szanownych kolegów lekarzy, prosząc o nadsyłanie szczegółowych wykazów rocznych tak samych chorób, jak i dokonanych z powodu ich chirurgicznych operacyj. Wielu z kolegów uprzejmię uczyniło zadosyć naszemu wezwaniu. Z porównawczego zestawienia stosunku częstości przepuklin do ogólnej ludności kraju okazało się, że na 60 osób zdrowych jedna przynajmniej ma przepuklinę. Stosunek ten porównywając ze statystyką przepuklin innych państw, mianowicie Anglii i Francyi, nazwać musimy dla nas pomyslnym, w pierwszej bowiem na każde 15 osób jedna przypada z przepukliną (*Turnbull*), w ostatniej zaś jedna na 20 (*Malgaigne*).

Wiadomo powszechnie, że pomiędzy znanymi rodzajami przepuklin (*encephalocele*, *hernia thoracica*), najczęściej się zdarzają przepukliny brzuszne (*herniae*

*abdominales*), a w szeregu różnych gatunków tych ostatnich, pierwsze, co do częstości, trzymają miejsce przepukliny pachwinowe (*herniae inguinales*), jak o tem przekonywają nas sprawozdania towarzystwa londyńskiego wydawania opasek przepuklinowych (*bracherium*) dla biednych i codzienna lekarska praktyka. Z liczby bowiem 11,513 chorych mężczyzn i kobiet, którzy w pewnym przeciągu czasu zgłosili się po opaski do rzeczonoego towarzystwa, 9,743 osób miało przepuklinę pachwinową, 1164 przepuklinę biodrową (*h. cruralis*), 517 p. pępkową (*h. umbilicalis*) i 86 p. linii białej (*h. lin. albae.*), pozostałe 3 przypadki rozpadają się pomiędzy inne nader rzadkie gatunki przepuklin, jak *h. foraminis ovalis*, *h. perinaei* etc. Zwracamy przytem uwagę, że u kobiet najczęściej się zdarzały przepukliny biodrowe.

Ta nadzwyczajna częstość przepuklin pachwinowych i nierzadkie powikłania im towarzyszące, zwłaszcza uwięznięcie (*incarceratio*), w obec którego, przed wynalezieniem herniotomii, życie chorych albo śmiercią się kończyło przy najstraszniejszych objawach, albo powstawała odbytница przeciwnaturalna (*anus contra naturam*), również ciężka jak i obrzydliwa słabość, były powodem, że już w najdawniejszych czasach spotykamy usiłowania do rdzennego leczenia tej choroby. Dzieje tych usiłowań są i bardzo długie i nader zajmujące. Skreśliliśmy je na innem miejscu, tutaj wspomnimy tylko, że one są dowodem jak długo umysł ludzki błąka się celem zdobycia prawdy, jeżeli przy badaniu niema racjonalnych podstaw i jasnej przewodniej myśli. Rzeczywiście, lekarze starożytności nie znając anatomii cóż dla nauki o przepuklinach zdziałać mogli? nie więc dziwnego, jeżeli zrozpaczeni, gałąź chirurgii, traktującą o przepuklinach w ręce szarlatanów (*percursores*) oddali. Zadanie jednak było zbyt ważne, żeby doń prędko znowu wrócić nie mieli: tak w pierwszych już wiekach po Chrystusie Paweł z Egiptu, jeden z najznakomitszych chirurgów swojego czasu, podaje swoje sposoby leczenia przepuklin; następnie szkoła Aleksandryjska na Wschodzie, Arabowie w Hiszpanii, lekarze włoscy średnich wieków, lekarze turlacze XVIIgo stulecia (*periodeutes*), idą na wyścigi w wynajdywaniu nowych metod leczenia. Z tych to czasów pozostały *balsama*, *emplastra*, *unguenta*, *decocta antihermosa*, *cura herniarum per ligaturam* (*punctum aureum*, B é r a u d, *sutura regia*, *Fabr. ab Aquapendente*), *ferrum candens*, *caustica chemica*. Pod koniec XVIII wieku i za naszych czasów, kiedy anatomia przepuklin w najdrobniejszych szczegółach została zbadana, i przekonano się o bezskuteczności dawnych metod, myśl radykalnego leczenia przepuklin bynajmniej nie została zarzuconą, przeciwnie najznakomitsi chirurdzy wszystkich krajów chcieli uwiecznić swe imię w dziejach przepuklin. Tak podali swoje sposoby Richter, Jameson, Belmas, Pirogow, Gerdy, Jobert, (de Lamballe), Wutzer, Rothmund, Ratier, Mösner, Bonnet, Stolz, M. Langenbeck, i w. i. Przeciąg czasu od r. 1830—1854 był najpłodniejszym w coraz nowsze pomysły i we wszystkich prawie ówczesnych dziennikach spotykamy opisane liczne przypadki radykalnego uleczenia przepuklin, z najpomyślniejszem zejściem. Nie małym jeszcze bodźcem do ciągłych prac na tem polu były złe następstwa po herniotomii przy zaciśniętych przepuklinach, zwykle bowiem umierała połowa operowanych, a jeżeli chirurg tracił jednego chorego z 3 lub 4ch operowanych, uważał to za szczęśliwy wypadek. Prędko jednak zapął do rdzennego

leczenia przepuklin zaczął słabnąć. Wychwalane sposoby leczenia przez jednych lekarzy okazały się bezskutecznymi w rękach drugich, prócz tego po bliższemu sprawdzeniu przekonano się, że w przypadkach, które uważano za uleczone doszczętnie, recydywy przepuklin były bardzo częste i że wiele z metod zachwalanych są nawet niebezpiecznymi dla życia chorych, nie mówiąc już że uleczenia choroby nimi się nie osiąga. Ztąd poszło, że wiele poważnych pisarzy, jak Linhart, Gosselin, radykalne leczenie przepuklin uważają za „niebezpieczną zabawkę”, a myśl o możebności uleczenia — za sprawę niedającą się urzeczywistnić, po prostu za mrzonkę.

Pomimo tak stanowcze potępienie angielscy i amerykańscy chirurdzy nie zaprzestali zajmować się radykalnym leczeniem przepuklin i jako pomyślny wynik usiłowań swoich przedstawiają chorych, u których w ciągu 3—4ch lat po wyleczeniu recydywy przepuklin nie zdarzają się; nadto licznymi spostrzeżeniami dowiedli, że są metody operowania, przy których chorzy poddający się operacyi bynajmniej nie narażają się na niebezpieczeństwo utraty życia.

W obec takiej różnorodności zdań uważaliśmy za obowiązek nasz z jednej strony podawać do wiadomości kolegów lekarzy o każdym nowym sposobie rdzennego leczenia przepuklin z przytoczeniem statystyki rezultatów, jakoż w każdym tomie *Gazety Lekarskiej* znajdzie czytelnik wiele szczegółów odnoszących się do tego przedmiotu, z drugiej zaś — zajęliśmy się sami sprawdzeniem rzeczywistości wyników leczenia przez drugich chirurgów przedstawionych. Pierwsze nasze prace jeszcze przed 10ciu laty złożyliśmy Towarzystwu lek. Warsz. i w jego „Pamiętniku” w krótkości ogłosiliśmy drukiem. W ciągu następnych lat przy zdarzonej sposobności zajmowaliśmy się również rdzennym leczeniem przepuklin, wynikami którego obecnie dzielimy się z czytelnikami naszymi. O ile nam wiadomo, my pierwsi w kraju naszym zajmowaliśmy się tym przedmiotem. Potem Dr. Jan Mińkiewicz (w Tyflisie), jeden z najuczeńszych i najzdolniejszych chirurgów naszych ogłosił swe spostrzeżenia w naszym piśmie.

Kilkoletnie spostrzeżenia doprowadziły nas do następnych przekonań, że:

1. Odprowadzalne przepukliny pachwinowe, zwłaszcza świeże, jeżeli kanał pachwinowy nie jest zbyt wielkiej objętości, mogą być rdzennie (*radicitus*) uleczone. Uleczeniem rdzennym nazywamy takie przypadki, w których po upływie 3—4ch lat nie mamy recydywy przepuklin.

2. Ze wszystkich sposobów doszczętnego leczenia przepuklin najmniej niebezpiecznym dla chorego, i najpomyślniejsze stosunkowo dającym rezultaty jest przeprowadzenie zawłoki (*setaceum*) przez worek przepuklinowy połączone z naciskiem (*compressio*). Bezpiecznym sposobem leczenia dla chorego nazywamy taki, który nie pociąga za sobą rozlanego śmiertelnego zapalenia otrzewnej (*peritonitis diffusa lethalis*).

3. Otrzewna zdolną jest, bez szkody dla chorego, znosić wielkie obrażenia mechaniczne (*trauma*); zapalenie ograniczone otrzewnej zlepne, lub nawet ropne, konieczne dla rdzennego uleczenia przepuklin, nie jest chorobą śmiertelną, a częstokroć nawet nie ciężką.

Jedynym celem, jaki przy leczeniu rdzennem przepuklin osiągnąć staramy się, jest sprowadzenie zarośnięcia (*obliteratio*) werka przepuklinowego, zwłaszcza jego szyjki (*collum sacci herniosi*) w miejscu jej przejścia do próżni jamy brzusznej, obok współczesnego w odpowiednim stopniu zwężenia kanału przepuklinowego.

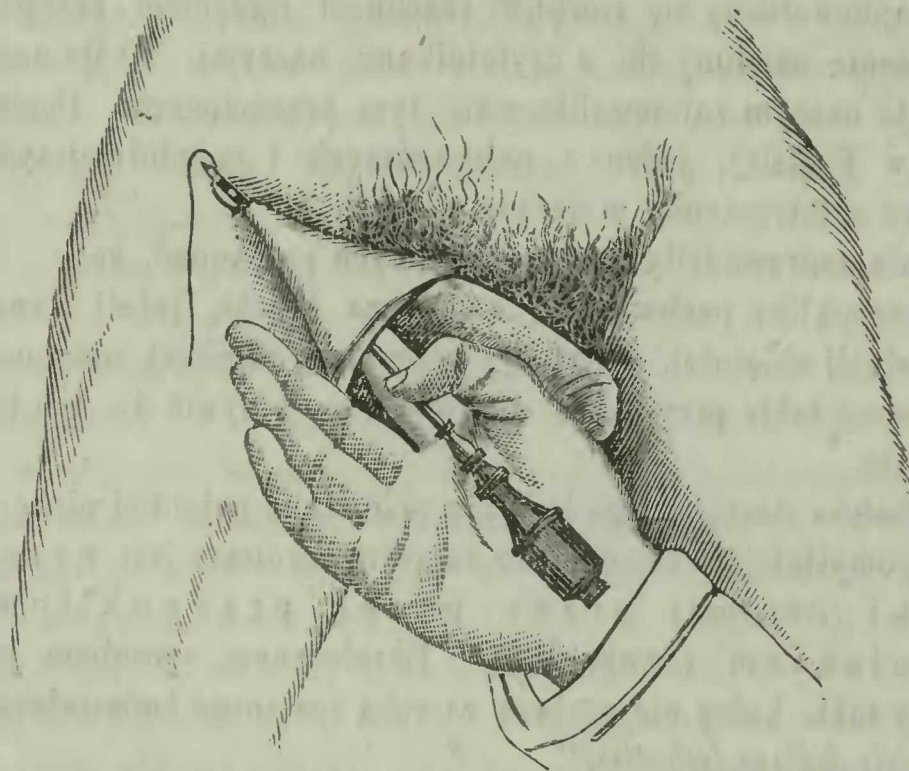
Warunkiem, dla osiągnięcia tego celu koniecznym po odprowadzeniu przepukliny do jamy brzusznej, jest wywołanie sztucznego ograniczonego zapalenia otrzewnej, tworzącej worek przepuklinowy (*peritonitis herniosa*).

Srodkiem, którym się posługujemy dla dopięcia rzonego celu, jest zawłoka i nacisk.

Przed skreśleniem mechanizmu zastosowania zawłoki i nacisku, opiszemy w kilku słowach przymioty zawłoki i przyrząd do nacisku (*compressorium herniale*) służący. Przedewszystkiem zauważyć jeszcze winniśmy, że dla pomyślności uleczenia się konieczne jest ściśle wykonanie ze strony chorego przepisów operującego, mianowicie spokojne leżenie w łóżku w danem położeniu w ciągu 3—4 tygodni, przy zachowaniu przepisanej diety. Żeby chory zaś czuł potrzebę spokojnie zachować się w jednem położeniu w łóżku kilka tygodni, winien sam rozumieć niebezpieczeństwo na jakie się wystawia w razie zamiaru wstawania z łoża, winien mieć chęć uleczenia się, konieczną stałość charakteru i wytrwałość, — przymioty w klasie nieoświeconej nader rzadkie.

Zawłoka (*setaceum*) składa się albo z kilku bawelnianych nitek, albo ze skręconego sznurka, lub też z tasiemki o brzegach strzępiastych. Długość zawłoki wynosi od 6—10 cali.

Fig. 1.



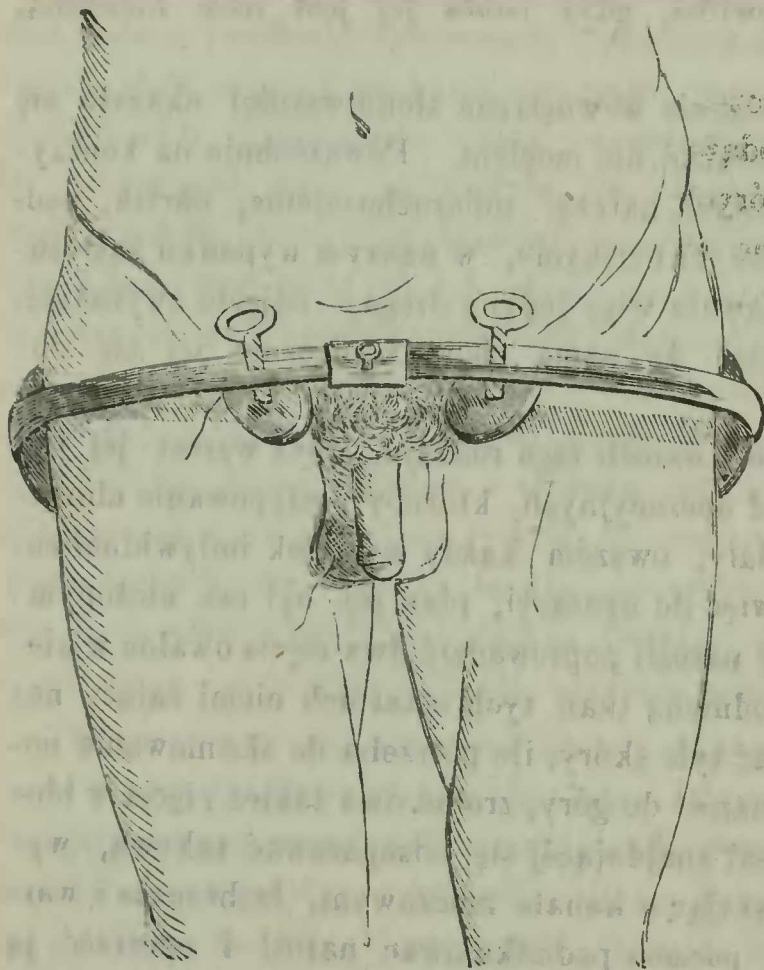
Igła (*acus*), do przeprowadzenia zawłoki służąca, jest długa (4—6 cali), płaska, o rękojeści drewnianej na jednym końcu, drugi zaś jej koniec jest zaostrozony, obojętny, opatrzony uszkiem. Igła ta ukryta jest w pochwie, z której za pociśnięciem łatwo się wysuwa (fig. 1). W uszku wdziwa się zawłoka.

Naciskacz (fig. 2) składa się z łuku metalicznego takiej długości, żeby wystarczał do opasania przedniej części brzucha; na końcach jego przymocowane są dwie płaskie poduszeczki, służące do umocowania go na kościach miednicy między krętarzem wielkim (*trochanter major*) a grzebieniem kości biodrowej (*crista ossis ilii*). Żeby łuk ten mógł być zastosowanym na miednicę różnej objętości, w samym środku, w miejscu odpowiadającym spojeniu kości łonowej (*symphysis ossium pubis*) jest przesuwalnym i za pomocą szrubki dającym się unieruchomić. Z boków szrubki w miej-

scach odpowiadających przebiegowi kanałów pachwinowych, znajdują się w łuku dwa otwory: przez nie przechodzą dwie szruby, na końcach tylnych których przymocowane są owalne, wypukłe poduszki, przede zaś końce opatrzone są kółkami ułatwiającymi działanie szrub. Poduszki te służą właśnie do wykonania dowolnego nacisku na cały przebieg kanałów pachwinowych celem wzajemnego zbliżenia ścian kanałów i zapobieżenia wejściu trzewiów do nich po zaprowadzeniu zawłoki. Przyrząd ten zastępuje miejsce opaski przepuklinowej (*bracherium*), przed którą ma to pierwszeństwo, że nacisk przez niego wywoływany jest zupełnie dowolny, a obok tego tylna część miednicy, na której chory leży, wolną jest od wszelkiego gniecienia.

**Mechanizm wykonania operacji.** Przygotowawszy igłę z zawłoką i naciskacz odpowiedniej wielkości, przystępujemy do wykonania operacji. Chory leży w łóżku w położeniu jak przy wykonywaniu herniotomii. Nasamprzód odprowadzamy przepuklinę do jamy brzusznej (*taxis*); następnie końcem palca wskaziciela lewej lub prawej ręki (fig. 1) ująwszy skórę na 1 lub 2 cale poniżej dolnego otworu kanału pachwinowego, wpychamy ją (*invaginatio cutis scroti*) do rzeźzonego kanału jak można najgłębiej, starając się przejść nim przez całą długość kanału.

Fig. 2.



Skoro na wysokości górnego otworu kanału wyczuwamy przez skórę koniec palca, nie ruszając już go z miejsca, drugą ręką ująwszy rękojeść igły (z zawłoką), ukrytej w pochwie, wprowadzamy ją (igłę z zawłoką) za biegiem palca do kanału pachwinowego i po zrównaniu się z końcem palca wypychając igłę z pochwy przekuwamy wepchniętą do kanału skórę moszny, za nią worek przepuklinowy, i przeszedłszy cały kanał wyprowadzamy koniec igły na zewnątrz w przedniej bocznej ścianie brzucha, w okolicy górnego otworu kanału pachwinowego, przekłuwając ścianę brzuszną od wewnątrz ku zewnątrz. Tutaj dopiero ująwszy palcami lub pincetem jeden koniec zawłoki, wciągamy napowrót

igłę do pochwy i tą samą drogą jaką weszliśmy wyprowadzamy igłę z drugim końcem zawłoki na zewnątrz poniżej dolnego końca otworu. Po założeniu naciskacza, sposobem jak wyżej rzekliśmy, wyjmujemy palec z kanału, poczem wżłobiona skóra moszny sama przez się wysuwa na zewnątrz, zawłoka tylko pozostaje w kanale; jeden jej koniec wystaje na przedniej części brzucha, w okolicy górnego otworu kanału, drugi zaś swobodnie wisi na zewnątrz skóry moszny poniżej dolnego otworu kanału pachwinowego (fig. 2).

Jeżeli przepuklina jest podwójna, to tym samym sposobem zakładamy zawłokę i z drugiej strony ciała, choremu zalecamy spokój i nie wstawanie z łóżka, a przy tem ścisłą dyetę. Nie potrzebujemy dodawć, że na dobę przed operacją naznaczamy choremu *laxans*.

Przy przeprowadzaniu zawłoki chory nie czuje żadnego prawie bólu; jakie zaś w następstwie rozwijają się objawy i jakim zejściem uwieńczona bywa nasza operacja, przyjrzyjmy się z historyi chorób kilku nowych operowanych naszych.

(Dokończenie nastąpi).

### Słoniowatość warg sromnych (*Elephantiasis v. pachydermia labiorum majorum*).

Spostrzeżenie Dra Krajewskiego Feliksa, ordynatora szpitali Hrubieszowskich.

(Dokończenie)\*).

**R o k o w a n i e.** Ze względu na dosyć zadawalniający stan ogólny chorej, brak charłactwa, niezajęcie innych okolic ciała, jakoteż ze względu na dosyć dobry przebieg ran pooperacyjnych w słoniowaciznie, co potwierdza wielu znakomitych chirurgów<sup>1)</sup>, zdaje się być dosyć dobrym, przynajmniej tym razem. Nikt albowiem zaręczyć nie może że choroba nie powróci, gdyż istota jej jest nam nieznaną, a powroty bardzo częste.

**L e c z e n i e.** Jak wiadomo, leczenie wewnętrzne słoniowatości okazało się bezużytecznem, w tym więc kierunku podążać nie mogłem. Powszechnie na kończynach używane sposoby leczenia, do których należą: unieruchomienie, nacisk, podwiązanie tętnicy głównej, lub metodyczne jej uciskanie, w naszym wypadku zastosowanemi również być nie mogły. Pozostawała więc jedyna droga,—odjęcie zwyrodnienia; operacja była tem niezbędniejszą, że sama chora koniecznie jej się domagała.

Ponieważ niepodobna określić formy narośli tego rodzaju, gdyż wzrost jej jest dowolnym, niema więc reguł ani metod operacyjnych, któreby postępowanie chirurga w takim wypadku stanowczo określały, owszem każdy wypadek indywidualizować potrzeba. Przed przystąpieniem więc do operacji, plan jej był tak ułożonym: od pagórka sromnego powyżej podstawy narośli poprowadzić dwa cięcia owalne w kierunku warg sromnych, tak aby i zwyrodnioną tknię tych ostatnich niemi zająć; następnie od warg ku biodrom odseparować tyle skóry, ile potrzeba do sfornowania nowych warg sromnych; potem uniosłszy narośl do góry, zrobić dwa także cięcia w błonie śluzowej na tylnej powierzchni narośli znajdującej się, odseparować takową, wyłuszczyć narośl jak najstaranniej, pamiętając o kanale moczowym, lechtaczce i wargach mniejszych, aby ich nie naruszyć, poczem pedunkulować narośl i odetrzeć ją (*par écrasement lineaire*).

Jakoż w dniu 2 czerwca r. b., przy współdziałaniu kolegi Ł a n i e w s k i e g o, po zachloroformowaniu chorej (do czego użyto chloroformu drachm 3), przystąpiliśmy do wykonania operacji podług wyżej nakreślonego planu. Dwoma jednoczesnemi cięciami przecięte zostały pokrycia od pagórka łonowego aż do spojenia dolnego warg sromnych (*comissura inferior labiorum*), następnie separowaliśmy pokrycia ku

\*) Patrz Nr. 1. Gaz. Lek.

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

pachwinom, co skuteczniejszy, unieśliśmy narośl ku brzuchowi, wycięliśmy dostateczną ilość błony śluzowej dla okrycia przyszłych warg niezbędą, poczem zaczęliśmy wyluszczać narośl. W tym momencie operacji z przecinanych (a ziejących w skutku natury choroby) naczyń krwionośnych, było dosyć silne krwawienie, które jednak z pomocą skręcenia łatwo się zatamować dawało; ta jednakże okoliczność tem bardziej nas skłoniła nie do wycięcia, lecz do odtarcia narośli przy podstawie. Jakoż wyluszczywszy narośl ku kościom łonowym tak, iż została tylko prawdziwa jej podstawa (*locus adhaesionis*), przewiązałem podstawę mocną ligaturą, nałożyłem łańcuszek odcieracza, a zamknąwszy go dziesięciu szybkimi poruszeniami ramion instrumentu, do zupełnego oddzielenia narośli przyszliliśmy. Krwawienia wcale nie było, trafiła nam się jednakże inna utrudzająca okoliczność, a mianowicie: z powodu znakomitej bolesności działań chirurgicznych chora ciągle musiała być chloroformowana, co trwało minut 12, i do pierwiastkowej ilości chloroformu drachm 3ch, w ciągu operacji dodano jeszcze drachm 2; otóż w moment oddzielenia narośli zauważaliśmy początkowe oznaki tak zwanego omdlenia chloroformowego (*lipotimia anaesthetica*), to jest: upadek pulsu, utrudzone mocno oddychanie, silne zblednienie z zasinieniem ust, nosa i palców. Okoliczność ta zniewoliła nas do zwrócenia całej uwagi na ogólny stan chorej; jakoż zmiana położenia operowanej, obfite świeże powietrze, nacierania lodem, ostrzykiwania wodą zimną i wążania amoniaku, w ciągu minut 5 przy małym zwomitowaniu żółciowem, przywróciły chorą do naturalnego stanu. Szkodliwość chloroformu tem dziwniejszą nam się wydała, że chloroformowanie było powolnem (albowiem trwało minut 8); chorąj dozwołonem było i wdychanie powietrza przy chloroformowaniu, nie było dano zbyt wiele chloroformu na raz, przytem chora nie była nałogową pijaczką. Uczy nas to, że z chloroformem nigdy dość ostrożnym być nie można, i że przy jego zastosowaniu operujący ani na chwilę zapomnieć nie powinien o tem że go stosuje. Przebywszy szczęśliwie tę zatrważającą okoliczność, przystąpiliśmy do opatrzenia rany; wycięta błona śluzowa w siedmiu miejscach szwem węzłkowym do nowo sformowanych warg przyszytą została, na ranę nałożono płatki i skubankę namoczone w oleju karbolowym, plastry lepkie, kompresy i opatrunek zewnętrzny w formie litery T, na czem operacja ukończoną została. Od początku do zupełnego ukończenia, włączając i trzeźwienie chorej, upłynęło minut 23.

W czasie operacji nie napotkaliśmy żadnych trudności anatomicznych, wszędzie na drodze znajdowała się biała zbita i zwyrodniona tkanka komórkowata; jedyną zwracającą uwagę rzeczą było stwardnienie, rozszerzenie i otwartość naczyń krwionośnych (*vasa liuantia*), o których z silnego krwawienia (nieraz strumieniem) wnosiliśmy. Osada narośli jak cała narośl składała się z takichże elementów, z tą tylko różnicą iż tkanki jeszcze więcej w tem miejscu były stężałe, prawie włókniste; inne części, jak kanał moczowy, lechtaczka i wargi mniejsze dały się w zupełnej zachować całości. Po wycięciu narośl ważyła funtów 8; z obnażonej jej powierzchni płyn żółtawy kleisty dosyć obficie wyciekał. Badania mikroskopowego z powodu braku dokładnego narzędzia nie robiliśmy, takowe jednak przy przesłaniu preparatu zawsze będzie możliwem.

Wszystkie dokonane przez nas działania chirurgiczne widocznymi są na przesyłającym się preparacie; dwa kawalki luźne na tyle narośli przedstawiają odjęte wargi sromne, na nich znajdowały się małe ziarniny, które uważając za zarody nowych

gruzłów wyluszczyć uważaliśmy za konieczne; na tylnej również powierzchni narodziła się widać brak błony śluzowej, którą dla okrycia nowo-sformowanych warg oddzieliśmy; na koniec na powierzchni tylnej od góry widać punkt przytwierdzenia, pedunkulacji i odtarcia narodziła się.

Pierwszego dnia po operacji chora miała kilkakrotnie dość silne ziębienie, lekkie odurzenie i częste mdłości, co wszystko uważając za skutek chloroformu, przeznaczyłem chorej tylko napój chłodzący kwaskowaty; w dniu następnym znalazłem ją w stanie prawie zadawalniającym, bo oprócz lekkiego rozgrzania ciała (36,5°) i podniesienia pulsu do 85 uderzeń na minutę, nic nieprawidłowego w stanie chorej nie wykryłem; uryna tak w dzień operacji, jakoteż i w dniu następnym cewnikiem oddalana była. Odczyn z dniem każdym wolniał i na piąty już dzień po operacji, oprócz rany po narodziła pozostałej, żadnej zmiany patologicznej w ciele K., nie znajdowałem. Pierwszy opatrunek dopełniłem dnia 4 czerwca i przekonałem się że spojenie *per primam* w bardzo małym stopniu i w dwóch tylko miejscach po bokach udało się, w innych zaś punktach, jakkolwiek nie było spojenia, pozór rany był jak najlepszy; szwy za wyłączeniem górnego i dolnego (w nadziei dopomożenia spojenia) oddalonymi zostały. Dziś w chwili gdy to piszę dnia 16 czerwca, chora ma się zupełnie dobrze, rana jest zupełnie zablizniona po bokach, w górze tylko gdzie był dołek głęboki po odtarciu narodziła się, jest cząstka rany nie zablizniona wielkości grosza, lecz i w tym miejscu jest doskonała ziarnina (*granulationes*) jako materiał do przyszłej blizny, tak iż prawdopodobnie w ciągu dni 10 chora nasza opuści szpital. Jedyną wątpliwość jaka mi pozostaje, jest to małe skosny rząd małych wzniesień, jakby małych guzików w skórze, bez zmiany koloru, idący od wierzchołka nowo-sformowanej wargi sromnej prawej ku dolnej części brzucha; mam bowiem obawę aby guziki te nie stały się zarodem ponowienia się choroby, i w tej myśli zaleciłem wcierania szarej maści w te miejsca. Jakkolwiek obrót rzecz weźmie, zdaje mi się iż wszelkie działania moje są dostatecznie usprawiedliwione, i na podstawach ściśle naukowych oparte.

Aby wypadku tego nie podać jako fakt luźny, na zakończenie pozwalam sobie zrobić kilka uwag ogólnych o słoniowatości z szczególnym względem na części płciowe. Wiadomą jest rzeczą, że słoniowacizna warg sromnych u kobiet na południu w Brazylii, Indyach wschodnich, Japonii, Algierze, w Sierra Leone, Marokko, Morei, na wyspie Cejlon i w Egipcie, wcale nie należy do osobliwości. U wielu kobiet murzyńskich, a szczególnie u Hotentotek, Boszymanek, jest rzeczą prawie naturalną rozrost warg sromnych mniejszych, które nieraz do 6ciu cali długości dochodzą. U kobiet pochodzenia Koptyjskiego, według słów podróżnika *Soniego*<sup>1)</sup> częstokroć widzieć się daje na częściach płciowych narodziła się tłuszczowomięsna, wielkością i kształtem do narodziła się nad dziobem indyka podobna, a wydarza się to tak często, iż do operowania tych narodziła się egzystują odrębne kobiety, wysławiające po rynkach swój talent. Obie tu wspomniane formy w wymienionych miejscowościach są prawie za rzecz naturalną uważane, wszakże jak łatwo zrozumieć, z takich już rozrostów bardzo często do słoniowacizny dojść może.

<sup>1)</sup> *Virey*. Hist. natur. rodu ludzk. Tom 1, str. 220—226.



Viréy <sup>1)</sup> jako powody wymienionych naturalnych rozrostów uważa: zbyt ciepły klimat, mniejszą jak w innych klimatach spójność tłuszczu, nieczystość, i niesłychaną lubieżność plemion Afrykańskich.

Słoniowaczna prawdziwa (to jest nie wywołana wrzodami chronicznemi, próchnieniem i zgorzelą kości, jako téż guzem białym) zawsze należy do szczególnych i rzadko przytrafiających się chorób, a jeśli częściej ją widzimy na kończynach, to na innych częściach ciała do prawdziwych zaliczyć ją możemy osobliwości. Przytoczę tu niektóre przykłady. W klinice profesora Piorry'go w r. 1857 <sup>2)</sup> znajdował się chory płci męskiej, podlegający słoniowacznie całego ciała; wypadek zakończył się śmiercią. Dr. Tourweskó z Bukaresztu <sup>3)</sup> opisał ogromną słoniowatość moszny, szczęśliwie zoperowaną. Verneuil <sup>4)</sup> przedstawił w Towarzystwie Chirurgicznem Paryżkiem 17 lipca 1867 r., wypadek ogromnej słoniowaczny moszny i obu bioder. Dr. Goyrand z Aix opisał <sup>5)</sup> ciekawy przykład słoniowatości członka męskiego, która rozwijała się lat 4 i była szczęśliwie zoperowaną; po 7 latach tenże chory był powtórnie operowany z powodu ogromnej słoniowaczny moszny.

Tenże Dr. Goyrand z Aix <sup>6)</sup> opisał znaczną słoniowatość konchy usznej. Professor Girsztowt <sup>7)</sup> przytacza wypadki opisane przez Frankla, Clot-Bey'a, Pluner'a, Fitley'a, Riego, i Lalement'a, w których słoniowatość części płciowych dochodziła do niesłychanych rozmiarów, dosięgając kolan a nawet stóp, i ważąc do 100 i 120 funtów. Dr. Larey <sup>8)</sup> po podróży swojej do Egiptu opisał widzianą przez się fellach egipską, u której widział słoniowatość warg sromnych znacznej wielkości, którą nazwał *sarcocèle des femmes*; u tejże samej kobiety była słoniowatość obu kończyn dolnych.

Dr. Rigal <sup>9)</sup> w dziele Vidal'a de Cassis <sup>10)</sup> podał rysunek ogromnej słoniowatości warg sromnych, która dosięgała kolan. Dr. Burget z Aix <sup>11)</sup> opisał wypadek ogromnej, bo 8 kilogramów dochodzącej słoniowatości sromu, która się zakończyła śmiercią w skutku naruszenia w czasie operacji ścian pęcherza moczowego i następczego zapalenia otrzewnej. Tyle mi jest znanych z literatury wypadków słoniowaczny <sup>12)</sup>; co się tyczy mnie samego, oprócz kilku wypadków słoniowaczny kończyn dolnych znacznej wielkości, o których jako

<sup>1)</sup> Tamże.

<sup>2)</sup> Gazette des Hopitaux, Nr. 25, r. 1857.

<sup>3)</sup> Taż gazeta, Nr. 16, 1857.

<sup>4)</sup> Taż gazeta, Nr. 91, 3 sierpnia 1867 r.

<sup>5)</sup> Taż gazeta, Nr. 122, 17 października 1863 r.

<sup>6)</sup> Gazette des Hopitaux, Nr. 17 Październik 1863 r.

<sup>7)</sup> Girsztowt, Chirurgia teor. Tom 2, zeszyt 1, str. 61—76.

<sup>8)</sup> Vidal de Cassis. Patologie Externe, Tom 5, str. 310.

<sup>9)</sup> Tenże i Rigal (de Gailac) Societé de Chirurgie; séance de 14 Novembre 1855.

<sup>10)</sup> Tamże.

<sup>11)</sup> Gazette des Hopitaux, Nr. 140, 30 Novembre 1867.

<sup>12)</sup> Nie cytuję tu wypadku opisanego przez Dra Neugebaur'a w Nr. 19 Gazety lekarskiej z d. 10 listopada 1866 roku, ten albowiem dotyczył mięsaka (*sarcoma*); jeśli się nie mylę wypadek słoniowatości warg sromnych przeczemnie opisany, do pierwszych w literaturze ojezystej należeć powinien.

powszechniejszych nie wspominam, widziałem cztery przykłady, które bezpośrednio płeć żeńską dotknęły. Z tych pierwszy dotyczył sutek kobiecych, które w skutku tej choroby doszły niesłychanego rozmiaru i 40 funtów wagi; wypadek ten w odcisku gipsowym z krótką historią choroby umieszczony jest w teatrze anatomicznym Uniwersytetu Moskiewskiego. Drugi przykład widziałem w klinice Chirurgicznej profesora I n o z i e m c o w a w Moskwie; był to rozrost obu warg sromnych dochodzący do 2ch funtów wagi, u dziewczyny wiejskiej lat 23 liczącej, rozwinął się od jazdy konnej bez siodła przez lat kilka praktykowanej; narodziła się pomyślnie zoperowana została. Trzeci wypadek widziałem w szpitalu Dzieciątka Jezus w Warszawie, w r. 1853 w klinice ś. p. profesora L e B r u n'a; dotyczył on kobiety wiejskiej. Narodziła była charakterystyczną, lecz nie przechodziła 8 funtów wagi.

Nakoniec czwarty wypadek dotyczy Katarzyny K..., a ze względu na wielkość charakterystyczną i połączenie w sobie kilku rodzajów tejże formy, wydał mi się tak szczególnym iż poważylem się go opisać.

### KAZUISTYKA LEKARSKA.

Kol. Cz. w W. Podobny smutny wypadek jaki jest wspomniany w Nr. 52 Gazety Lek., spotkał mnie w lutym r. b.

Kobieta 36 letnia, pierwszy raz rodząca, po 3 dniowych bólach i po odpłynięciu wód o 1 36 godzin, została do mnie o mil 2 przywieziona. Główka dziecka była przy wejściu małej miednicy, silnie już wtłoczona, usta maciczne dostatecznie rozszerzone. Rozmiar najmniejszy miednicy oceniałem na 2 1/2 cala, bóle od godzin 8miu ustaly. Usiłowania cofnięcia główki i zrobienia obrotu nie powiodły się. Założone długie kleszcze S i m p s o n'a nie poruszyły ani na jotę główki z miejsca, podobnież usilne i powtórne trakcyje kleszczami H o b l'a (modyfikacyi Madurowicza) nie doprowadziły do celu. W tém położeniu rzeczy nie śledząc już czyli płód żyje lub nie, musiałem się uciec do ostateczności. Przewierciłem trepanem czaszkę na połączeniu kości bocznej lewej z tyłogłówną, rozwierciłem mózgowie metalowym żeńskim kateterem i założyłem kefalotryb.

Sprowadziwszy nieco niżej główkę, powtórzyłem rozwiercenie mózgu i zmiadżdżenie czaszki w drugim kierunku, nie spiesząc się zupełnie z całkowitem wydobyciem. Dziecko już przy urodzeniu się bioder zrobiło ruch oddechowy, położone na boku po kilkunastu sekundach zaczęło wolno, głośno, chrapiąco oddychać, i co kilka takich oddechów wydawać głos jęku (!). Tak trwało przeszło minut dziesięć.... Zdając sobie sprawę z tego *lege artis* zabójstwa, sprawdziłem powtórnie wymiary miednicy w stosunku do wymiarów główki i zaspokoilem moje lekarskie sumienie co do konieczności tego postąpienia. U dziecka mózgowie było całe wyciśniętém, tentorium cerebelli przerwaném, zwierzchnie warstwy mózdzku zniszczone, lecz sam bulbus i medulla oblongata pozostały nietknięte.

W tej ostatecznej okoliczności leżało dla mnie tłumaczenie. Rdzeń przedłużony jest ośrodkiem ruchów oddechowych, a tém samym jeżeli on jest nietkniętym (mimo zniszczenia mózgu) oddech i wydawanie głosu mogą istnieć lub się rozwinąć. Przypomina to znane fizyologiczne doświadczenie z kurami, które po wycięciu całego mózgowia (z wyjątkiem mózdzku) jeszcze chodzą, oddychają i gduczą.

D. M.

Pęknięcie macicy i dwie spętane kury. Następujący wypadek byłby śmiesznym, gdyby nie był smutnym. W dniu 7 maja r. b., o godz. 2 po połud., wezwany zostałem na gwałt do starozakonnej H... czwarty raz rodzącej. Z 3-ch poprzednich połogów dwa skończyły się wydobyciem narzędziami nieżywych dzieci, a jeden poronieniem. Obecnie o godzinie 8 rano wody odpłynęły, bóle były silne, lecz gdy poród nie postępował, asystująca babka uznała za stosowne dać po godz. 10-ój kilka proszków „na bóle”; te się coraz

gwałtowniej wzmagały, gdy rodząca (około godziny 12-ój) przeraźliwie krzyknęła, omdlała, bóle porodowe ustały, lecz w miejsce ich nieznośne boleści w całym żywocie, wymioty, upadek sił. Babka-doktorka stała się od tej chwili niewidzialną.

Znalazłem chorą śmiertelnie bladą, zimnym potem oblaną, bez tętna i prawie konającą. Na zewnątrz żadnego krwotoku, za to wewnątrz macicy jak daleko palec sięgał, skrzepami krwi wypełnione. Rozmiar (przodo-tyłowy) miednicy zwężony, główka dziecka (nie dającego oznak życia) na lewej kości biodrowej, nóżki ku prawej stronie. Brzuch wzdęty, bolesny, ściany macicy w silnym skurczeniu. Z prawej strony obok pępka jakby pod samą skórą, jakaś część drobna kończasta, łatwo się poruszać dająca, na około której w powierzchni dłoni, przy lekkim nawet dotknięciu palcem ściany brzusznej, chlupotanie (jakby tuż podskórne) powietrza z płynem uczuć się dawało.

Perkussya również dawała oznaki wylania płynu w jamę otrzewną. Nie mając wątpliwości co do rozpoznania, ale wątpiąc czy należy począć jakiś rękoczyn o którym się przewiduje, że się go *in cadavere* dokończy, posłałem po kolegę rządowego; ten gły w minut kilkanaście przybył, sięgnąłem po nóżki, lecz nim zdołałem główkę sprowadzić, chora żyć przestała.

Wprzód nim po mnie posłano, posłano po radę do bawiącego w miejscu dziwotwórcy, po miejscowemu „G u t e r J u d” i także „M e c h a s z e f” zwanego. W czasie, który upłynął nim wspomniany kolega przybył, starałem się z ostrożnością dopełnić obrotu zewnętrznego t. j. lekkim uciskiem jednej ręki starałem się kończynę w jamę brzuszną sterczącą wewnątrz macicy odprowadzić, drugą zaś ręką główkę ku górze posunąć, co mi się i powiodło. Równocześnie kazałem chorą wódki i wina ile połknąć mogła podawać.

Gdy tak byłem zajęty, wchodzi osob kilka niosących spętanego koguta i książkę, a ignorując moją obecność i zajęcie, zbliżają się uroczyście do łóżka chorą. W tym wpada zadyszany jój mąż niosąc dwie kury związane i woła: „Dla Boga! On kazał nie koguta, lecz dwie kury!”. Jakoż poczęto temi kurami nad chorą opisywać w powietrzu koła, a gdy zwróciłem uwagę że mogą dalszy rytuał na później odłożyć, odpowiedziano mi: „On kazał trzy razy tak zrobić, to się dziecko szczęśliwie urodzi” Sens moralny tej krótkiej a smutnej powieści za blisko leży, abym się miał nad nim rozwodzić. Cic.

## KRONIKA ZAGRANICZNA.

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

przez Prof. K o n i g a.

Streścił Dr. Gruell (z Ostrowca).

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

(Dokończenie \*)).

Autor, na poparcie swego spostrzeżenia przytacza 3 wypadki, nie wyszukane, lecz wzięte taką koleją, jak mu się przedstawiły w praktyce. Dotyczą one 3-oh indywidualów: 30-to, 20-to i 25-cio letniego, które w dzieciństwie, między 9 a 16m rokiem przebywały zapalenie stawu kolanowego z bardzo obfitym ropieniem, następnie uleczone zostały bez wdania się operacyjnego, lecz z mniejszym lub większym zniekształnieniem kończyn, które jednak przy użyciu odpowiednich przyrządów doprowadzone zostały do takiego stanu, iż jako tako służą do podpierania ciała.

Wymiary tych kończyn dały następujące cyfry:

	Skrócenie całkowite.	Udo.	Piszczel.	Skróc. na rachunek zwichnienia.
1)	8,5 ctm.	3 ctm.	4 ctm.	1,5 ctm.
2)	7 —	2 —	4 —	1 —
3)	9 —	2,5 —	4 —	2,5 —

Cyfry te wykazują nam, że największe skrócenie idzie na rachunek piszczeli, mniej na rachunek zwichnienia.

\*) Patrz Nr. 1 Gaz. Lek.

Z wielkości skrócenia i z czasu najobfitszego ropienia, wnosić możemy, że powstrzymanie wzrostu nastąpiło mniej więcej między 10—14-m rokiem życia, pomimo to po wyprostowaniu otrzymujemy kończyny zdolne do użytku. To nas upoważnia do przyjęcia, że i po wypilowaniu stawu otrzymamy użyteczne członki, chociażbysmy byli zmuszeni przekroczyć granice epifizy u indywidualów starszych nad 11 lat życia; wtedy bowiem wzrost członka nie byłby mniejszym niż przy samowolnym uleczeniu, siła zaś jego byłaby w wielu razach większą niż po gwałtowném wyprostowaniu.

Pytanie, kiedy należy przenieść odjęcie członka (*amputatio*) nad wypilowanie stawu, ze względu na stan kości, autor w następujący sposób rozstrzyga:

Odjęcie członka bezwzględnie wskazaném jest, tylko przy tak dalece posuniętem zajęciu kości (u dzieci), że należałoby wypilować kawałki wynoszące 4 i więcej cali. Przy zajęciu kości mniej rozległym, które przecież przekracza granicę epifiz, jak skoro mamy wskazania do czynnego działania, zwrócić musimy uwagę na wiek dziecka; u dzieci nie mających lat 10, jeżeli wypadnie poświęcić całą epifizę, lepiej będzie wykonać odjęcie kończyny; jeżeli zaś chociaż część powierzchni granicznej epifiz będzie mogła być ocaloną, wykonamy wypilowanie stawu.

U dzieci starszych nad lat 10, zawsze wykonamy wypilowanie, chociażby i cała epifiza poświęconą być musiała, aby tylko nie trzeba było zbyt wielkich kawałków kości usuwać, jak to już wyżej wspomniano.

Ogólny stan chorego nie jest także bez znaczenia przy dokonywanym wyborze. Wycieńczenie i niedokrwistość (*anaemia*) dziecka, spowodowane długim ropieniem i gorączką, jako też zolzy (*scrophulosis*) nie stanowią przeciwwskazania do operacji; owszem, po wykonaniu wypilowania zajętego stawu, dzieci szybko wracają do sił. Przeistoczenie mączkowate organów wywołane cierpieniem stawu, jako też wysoko posunięta gruźlica, są stanowczém przeciwwskazaniem do operacji, gdy tymczasem przy rozpoznanej wprawdzie gruźlicy, lecz dobrym ogólnym stanie chorego, jeżeli operację uważamy za potrzebną, lepiej wykonać odjęcie członka.

Skoro już wykazaliśmy że wypilowanie stawu kolanowego u dzieci, dostarcza kończyn zdolnych do użytku, wypada nam z kolei uwzględnić kwestyę śmiertelności, i w tym celu uciec się musimy do statystyki. Z góry jednak zastrzedz winniśmy, że nie posłuży ona do wyprowadzenia ostatecznych i stanowczych wniosków, zbywa nam bowiem na jednym z najważniejszych punktów porównania, jakim byłaby statystyka śmiertelności u dzieci leczonych bez operacji. Poprzestać tedy musimy na porównaniu wypadków wypilowania kolana u dzieci, z takimiż wypilowaniami u dorosłych, i z odjęciami uda w ogóle. Porównanie to, jak zobaczymy, nie wypadnie niekorzystnie dla operacji, przedmiotem naszej uwagi będącej.

Autor zebrał z różnych źródeł 112 wypadków wypilowania kolana u dzieci do 16go roku życia. Dostarczyła ich w większej części Anglia, mniej Niemcy, najmniej Francya.

W tych 112 wypadkach znajdujemy 70 zakończonych wyzdrowieniem z używalnością członka, 20 śmiercią; 9 indywidualów w chwili ogłoszenia niniejszego, pozostawało w leczeniu, lecz stan ich był dobry, a w 13 wypadkach wykonano odjęcie (*amputatio*) następcze. W tych 13 wypadkach odjęcia kończyn było 11 wyzdrowień, 2 śmierci.

Uleczenie prawie zawsze następowało przez stałe połączenie kości udowej i piszczeli, połączenie raz kostne, drugi raz pozwalające jeszcze wykonywania ograniczonych ruchów. W 2ch tylko wypadkach (Langenbeck i Szymanowski) otrzymano staw ruchomy. Wypadek Szymanowskiego z tego jeszcze względu godzien jest uwagi, że operacya dokonana była u 7½ miesięcznego dziecka.

Przyczyną 20tu śmiertelnych zejść było: 4 razy bezpośrednio następstwa operacji, jak krwotoki, chloroform i t. p., 4 razy ropnica, 3 razy wycieńczenie w skutek rozległego ropienia, 2 razy gruźlica, i 2 razy zapalenie opon mózgowych, w jednym wypadku gruźlicze. W 5ciu wypadkach przyczyna śmierci niepodana.

Co do statystyki wzrostu kończyn, tój zupełnie przeprowadzić nie można, gdyż w małej tylko liczbie wypadków, wymiary w następstwie były wykonywane; zaznaczyć tylko wypada, że w niektórych razach wzrost członka nie był zakłóconym, lub przynajmniej mało powstrzymanym, chociaż z wielkości wypilowanych kawałków wnosić było można, iż i część linii granicznej epifiz zajęta została, co potwierdza zdanie autora, iż członek rośnie wtedy nawet, gdy tylko część tój linii zachowaną zostanie.

Na 70 tedy pomyslnych wypadków, mamy 42 niepomysłnych, licząc w to tak wypadki zakończone śmiercią jak następstwem odjęciem i w leczeniu będące, czyli w odsetkach na  $62\frac{1}{2}\%$  wypadków pomyslnych, mamy  $37\frac{1}{2}\%$  niepomysłnych, a w tój liczbie  $19\frac{1}{5}\%$  wypadków śmierci, czyli niecała  $\frac{1}{3}$  część całkowitej liczby.

Porównajmy te dane ze statystyką wypilowania kolana u dorosłych.

Heyfelder zebrał 178 wypadków, z których 109 zakończonych pomyslnie, 70 niepomysłnie a z tych 54 śmiercią.

Hodges w Ameryce ogłosił 208 wypadków, z których niepomysłnie zakończonych 116 (śmierć bezpośrednio 60 razy, po amputacji 9 razy; amputacji następczych w ogóle 42 i 14 kończyn nieużytecznych), 27 wypadków podanych za uleczone bez wzmianki o użyteczności kończyn, a tylko 65 pomyslnych.

Holmes zebrał dane statystyczne z wypilowań kolana u dorosłych w szpitalach londyńskich, w liczbie 95 wypadków. Z tych 37 wypadków zakończonych niepomysłnie (27 śmiercią). O pozostałych 58iu, wiadomości tak nie pewne, że o liczbie pomyslnych wypadków nie zawnioskować nie można.

W najnowszym zestawieniu 291 wypilowań kolana przez Price'a, znajdujemy zejść pomyslnych 164, niepomysłnych 127, a z tych 78 śmiertelnych.

Z tablic nakoniec Heyfelder'a zawierających 183 wypadki wypilowania kolana, autor odrzuciwszy wypadki u dzieci (do 16 r.), z nieoznaczeniem wieku, i w leczeniu będące, wybrał 102 wypadki u dorosłych, z których 45 zakończyło się pomyslnie a 57 niepomysłnie (40 śmierci, 12 następczych amputacji, 5 operacji nieudanych).

Zestawiwszy wyż przytoczone dane obliczone w odsetkach, z odsetkowym wypadkiem wypilowań kolana u dzieci, przychodzimy do następującej tablicy:

	Wypadki pomyslnie	Wypadki niepomysłne	Zejęcia śmiertelne.
1) Heyfelder (statystyka dorosłych)	$44\%$	$56\%$	$39\%$
2) Statystyka Hodges'a . . . . .	$44\%$	$56\%$	$33\%$
3) Holmes (szpital Londyński) . . . . .	—	$38,9\%$	$23,4\%$
4) Heyfelder (statystyka ogólna) . . . . .	$60\frac{3}{9}\%$	$39\frac{1}{9}\%$	$30\frac{1}{6}\%$
5) Statystyka Price'a . . . . .	$56\frac{1}{3}\%$	$43\frac{2}{3}\%$	$27\%$
6) Statystyka dzieci . . . . .	$62\frac{1}{2}\%$	$37\frac{1}{2}\%$	$19\frac{1}{5}\%$

Zdaje się, że cyfry nie potrzebują bliższych objaśnień.

Nie mając specjalnej statystyki odjęcia uda u dzieci, nie możemy postawić porównania po tym względem; co się zaś tycze porównania ze śmiertelnością po odjęciu uda w ogóle, bez względu na wiek, to i tu operacja wypilowania kolana u dzieci wychodzi zwycięzko. Śmiertelność ta bowiem wynosi według Pau'l'a  $50\%$ , według Malgaigne'a  $62,6\%$ , według Trelat'a  $52,7\%$ . Za to stosunek śmiertelności po odjęciu uda wyłącznie w skutek chorób stawu kolanowego, zbliża się do naszego (1:5) i wynosi: w szpitalach londyńskich 1:4 $\frac{1}{2}$ , w szpitalach prowincjonalnych 1:4, a według nowój statystyki Bryanta 1:7.

Rzucmy nakoniec okiem na niektóre uwagi autora, odnoszące się do wykonywania operacji i leczenia pooperacyjnego, jakie on podaje, oparty na doświadczeniu zdobytém w 4ch wykonanych przezeń i szczęśliwie zakończonych wypilowaniach kolana.

Cięcie operacyjne wykonywa autor albo w kształcie litery **H** albo łukowate. To ostatnie uważa za wystarczające w większej liczbie wypadków, gdzie niewielkie kawałki piszczeli mają być wypilowanemi, z tém nadmienieniem, że pozioma jego część, powinna być mocno opuszczona ku dołowi; inaczéj przepiłowanie piszczeli przedstawia pewne trudności. Cięć podłużnych podanych przez *Langbecka* i *Huettera*, próbował autor tylko na trupach, i przekonał się o łatwości ich wykonania; uważa jednak, że cięcie poprzeczne więcéj daje miejsca. Wykonywać zaś cięcie podłużne, jedynie w celu zachowania przyrządu więzowego stawu kolanowego, aby na przyszłość otrzymać staw ruchomy, autor nie uważa za stosowne; sądzi bowiem, że postępując w ten sposób, w niektórych razach możemy wprawdzie osiągnąć ruchomość stawu, kończyła jednak będzie niezdołną lub mało zdolną do użycia.

Po przecięciu więzów, torebki i t. p. nasuwa się kwestya wydalenia lub pozostawienia rzepki (*patella*). Autor w 2ch wypadkach wydził ją, w 2ch pozostawił, a przebieg wszystkich czterech, nie przedstawiał tak wybitnych różnic, któreby przemawiały na korzyść jednej lub drugiej metody. Zdania *Pric'e'a*, iż pozostawiona rzepka, ulegając próchnieniu, wywołuje ropienie, autor nie podziela, a przynajmniej nie nadaje mu ogólnego znaczenia.

Po oswobodzeniu końców stawowych kości, szczególną baczność zwrócić należy na samo przepiłowanie, starając się o zachowanie wszystkiego, co jest zdrowem. U dzieci, gdzie każdy ocalony skrawek kości, daje pewniejszą rękojmię zabezpieczenia wzrostu członka, pod szczególną rozwagę wzięsoby należało wypilowania częściowe, zalecane przez *Rose'a*. Szkoda tylko, że w tym kierunku brak nam szczegółowych badań. *Senftleben* który tę kwestyę podejmował, doszedł do rezultatu, że tkanka łączna również dobrze wytworzyć się może z chrząstki jak i z przepiłowanej kości, i że usuwanie chrząstki przy wypilowaniach stawów nie jest koniecznym.

Jeżeli sprawą chorobową zajęte są tylko powierzchowne części stawu, to autor usuwa tylko te najpowierzchniejsze części przeprowadzając piłę tak, aby na kości udowej powierzchnia przepiłowania była równo oddaloną od końców obu kłykciów, co według *Heyfeldera* ma na przyszłość chronić od zбочenia kolana ku zewnątrz. Jeżeli z góry nam wiadomo, że zniszczenia w jedném lub więcéj miejscach przekraczają powierzchnię graniczną epifizy, to najlepší będzie zrobić wpiérw przepiłowanie według zasad podanych wyżej, przy rozpatrywaniu granic epifizy, takie mianowicie, któreby za jedném cięciem oddaliło jak największą część stawu, bez zbytecznego zbliżenia się do linii epifizy. Potém oddalić jeszcze można niektóre części np. z zewnętrznego kłykcia u 11 letniego dziecka, klinowaty ku środkowi skrawek o podstawie 0,8 ctm. Jeżeli choroba nie zajmuje całej szerokości kłykcia, to zamiast piłą, lepiej skutecznie wydalenie chorej części dłutem prostém lub wyłobioném i t. p. W ogóle wybierać należy takie narzędzia, za pomocą których części chore usunąsoby można na jak najbardziej ograniczonej przestrzeni, nie zajmując zdrowych.

W podobny sposób postąpić należy z kością piszczelową; z przedniej trzeciej jej części także oddalić można dość duży kawałek, cięciem spadzistém ku guzikowi przedniemu tej kości, wszelako i tu starać się trzeba o usunięcie raczéj mniej niż więcéj po nad granice wyżej wskazane.

Skoro przepiłowanie kości zostało skutecznioném, nie prędszej przystąpić należy do połączenia brzegów rany, aż po zupełném zatamowaniu krwotoku w głębszych częściach, i to, o ile można, bez użycia podwizań; duży bowiem, rozpadający się wylew krwi w głębi rany, należy według autora, do najgorszych fatalności jakie dotknąć mogą chorych, w początku leczenia pooperacyjnego. O bezpośrednie spojenie (*prima intentio*) stara się autor tylko w poziomej części cięcia, podczas gdy boczne zostawia otwartemi, wprowadzając w nie skręcone i napojone oliwą szarpie, a późniéj rurki drenowe.

Natychmiast przystępuje autor do nałożenia opatrunku gipsowego. Jeżeli nie wiele zależy na oszczędzeniu centymetra długości kończyny, to opatrunek ten nakłada w lekko zgiętym położeniu stawu; chód bowiem przy takim położeniu z-laje się być najswobodniejszym.

Opatrunek nakłada się na całą kończynę z otworami w okolicy rany, których brzegi potem wygładzają się nożem, a szczeliny między niemi i skórą utykają się szarpią napojoną kolloidionem, aby ropa z rany nie zaciekała między skórę i opatrunek.

Ujścia dawnych przetok, zostają pospolicie przez opatrunek zamknięte i zwykle się goją; w przeciwnym zaś razie na opatrunku powstają plamy ropiaste, w których to miejscach potrzeba powycinać nowe otwory.

Chory układa się na łóżku gładko usłaném, a operowana jego kończyna umieszcza się w rynience utworzonej z worka piasku sięgającego od guza kulszowego aż do pięty, i mocno się doń przywiązuje. Tym sposobem osiągamy prawie bezwzględne unieruchomienie kończyny.

W tym opatrunku chory jak najdłużej winien pozostawać, najlepiej aż do zupełnego uzdrowienia, co najmniej jednak 4—6 tygodni. Opatrunek powinien też być dostatecznie silny, i w jak największej utrzymywany czystości przez wyprowadzanie ropy po za granice członka zapomocą rurek drenowych, przez częste odmienianie szarpi napojonych kolloidionem na około brzegów otworu, przez użycie środków dezinfekcyjnych i t. p. Do zdjecia opatrunku przed wskazanym terminem skłonić nas może tylko ważny jaki powód.

Umiarkowane wypuklenie się skóry swobodnej powierzchni kolana przez otwór w opatrunku, zawsze prawie następuje bez żadnych złych następstw, i nie powinno nas skłaniać do usunięcia go przez nałożenie opaski, gdyż do tego potrzebne jest unoszenie chorej kończyny, czego jak najstaranniej i jak najdłużej unikać należy.

Jeżeli jednak część kolanowa silnie się wypukla, jeżeli występuje nagle a silne jej obrzmienie, jeżeli gwałtowny ból w pewnym ograniczonym miejscu, z rozwojem następnym objawów ogólnych, każe się domyślać że w miejscu tem nastąpiło ropienie, a jeżeli przez proste rozszerzenie okien opatrunku, do miejsca tego dostać się nie można, nie pozostaje nic innego jak zdjecie opatrunku. Zdjecie to koniecznym jest i w tych razach, gdy opatrunek został tak dalece uszkodzonym, iż nie daje rękojmi unieruchomienia kończyny. Autor skutecznie je albo za pomocą właściwych do tego noży, albo za pomocą zwyczajnego kuchennego noża. Przy powtórném nakładaniu, radzi posadzić chorego na wysokim stole i zachloroformować.

Chociażby kończyna wcześniej już wydawała się dostatecznie mocną, długo jeszcze nie należy zostawiać jej bez opatrunku gipsowego, lub innego stosownego przyrządu do unieruchomienia kolana, jednakże jak można najwcześniejsz dozwolnić choremu przechadzać się.

Każdy nowo tworzący się ropień natychmiast należy otwierać.

Kończąc swe uwagi, autor przyznaje bezwzględną wyższość opatrunku gipsowego nad wszelkimi innymi przyrządami unieruchamiającemi, i objawia nadzieję, że przy ogólném jego rozpowszechnieniu i bezwzględnym spokoju operowanych kończyn, wypadki wypilowań kolana okażą się daleko lepszymi niż dotychczas, tak pod względem śmiertelności jak i używalności operowanych kończyn.

## KORRESPONDENCYA.

*Solec, d. 26 czerwca 1871 r.*

Tegoroczny sezon kąpielowy w Solcu bardzo się spóźnił. Mocne zimna i ciągłe deszcze wstrzymywały każdego od wcześniejszego przybycia. Nic też dziwnego że pierwsza familia przybyła dopiero 10 czerwca. Po dzień zaś dzisiejszy przybyło ogółem familii 38, razem złożonych z osób 51; między niemi znajduje się osób używających kuracyi 40, mianowicie osób dorosłych 31 i dzieci 9.—Z form chorobnych znajdujemy: gościec stawowy 12 wypadków, dnę 3 wypadki, zolży 12 wypadków, wysypki skórne (*ekcema, psoriasis*) 4 wypadki, porażenia 2 wypadki, przekrwienia przewlekłe trzewiów brzusznych 4 wypadki, choroby nerwowe (nadczułość, nerwobóle) 3 wypadki.

W dniu 23 czerwca został otwarty tutejszy szpital urządzony na 20 łózek; w ciągu tych 3-ich dni przybyło do niego mężczyzn 12, kobiet 2, dzieci 4.

Z ulepszeń zaprowadzonych w zakładzie wód mineralnych w Solcu w roku bieżącym, zasługują na szczególną wzmiankę:

1. Zamknięcie rezerwoarów. Dotychczas źródło wody mineralnej komunikowało za pomocą rury drewnianej z rezerwoarem, w którym zbierał się nadmiar wody napływającej ze źródła w ciągu miesięcy zimowych. Woda ta w skutek zetknięcia się z powietrzem, jak wykazywał rozbiór chemiczny dokonany przez prof. *W a w n i k i e w i o z a*, jest nieco słabszą, jak czerpana bezpośrednio z samego źródła. Z początku zatem sezonu w poprzednich latach woda bywała słabszą jak od połowy sezonu, gdy ów nadmiar został już wyczerpanym; dla niektórych osób mogło być korzystnym, że rozpoczynali z początku kurację wodą słabszą, a kończyli ją mocniejszą; lecz w większej liczbie wypadków takie stopniowanie nie było koniecznym, z tego też powodu na moje przedstawienie rura komunikacyjna została zamknięta w d. 12 czerwca i w tym roku po raz pierwszy chorzy od samego początku będą mieli wodę wypływającą wprost z samego źródła, bez mieszania się jej z wodą nagromadzoną w rezerwoarze.

2. Został gruntownie naprawionym wodociąg prowadzący wodę słodką. Solec bowiem oprócz studzien miejscowych, w których woda mniej jest dobrą, posiada jeszcze wodę źródlaną sprowadzoną ze Zborowa o 2 wiorsty odległego od Solca za pomocą rur drewnianych. Rury te w roku zeszłym, jako dawne, źle funkcyonowały, dla tego też w tym roku zostały zastąpione nowemi.

3. Została wprowadzona w numerach pościel. Same zaś mieszkania zostały odnowione i opatrzone we wszystko, co może służyć do udogodnienia pobytu chorych.

4. Zaprowadzony został stały bieg omnibusów pocztowych od Piotrkowa do Kielc i od Kielc do Stopnicy, z kąd wszystkiego mała mila drogi po szosie pierwszego rzędu prowadzi do samego Solca.

Dr. *Wyrykowski*, lekarz zdrojowy w Solcu.

### Wiadomości bieżące.

— Wydział lekarski Ces. Uniwersytetu Warszawskiego na posiedzeniu w d. 28 z. m. przyznał stopnie lekarzy medycyny pp: *D r o z d o w s k i e m u* Adamowi, *F a b i a n o w i* Alexandrowi (*cum eximia laude*), *G u r b s k i e m u* Kazimierzowi, *J o n s c h e r o w i* Karolowi, *K u b i c k i e m u* Władysławowi, *K u r c y u s z o w i* Alexemu, *N o w i Ń s k i e m u* Napoleonowi (*cum eximia laude*), *O l e c h n o w i e z o w i* Władysławowi (*cum eximia laude*), *R a j k o w s k i e m u* Franciszkowi, *S a w i c k i e m u* Anastazemu (*cum eximia laude*), *S i e j a n o w s k i e m u* Władysławowi (*cum eximia laude*), *S t a n i s z e w s k i e m u* Wiktorowi, *S t o c k m a n n o w i* Alexandrowi (*cum eximia laude*), *Ś w i a t k o w s k i e m u* Michałowi, *V o g d t o w i* Stanisławowi, *W o l s k i e m u* Bronisławowi.

— Na miejsce niedawno zmarłego prof. *G r a f e* w Berlinie, powołanym został prof. *S c h w e i g g e r* z Getyngi.

— Według źródeł urzędowych, całkowita strata armij niemieckich w czasie ostatniej wojny francuzko-pruskiej wynosi 119,000 osób (w umarłych, ranionych i zaginionych).

---

Redaktor i wydawca Prof. Dr. *G i r s z t o w t*.

---

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,  
FARMACJI 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. Jeszcze kilka przypadków rdzennego uleczenia odprowadzalnych przepuklin pachwinowych (*cura radicalis herniarum inguinalium reponibilium*). Spostrzeżenia Prof. Girsztowta. Słoniowatość warg sromnych (*Elephantiasis v. pachydermia labiorum majorum*). Spostrzeżenie Dra Krajewskiego Feliksa, ordynatora szpitali Hrubieszowskich. (Dokończenie). **Kazuistyka lekarska.** Kronika Zagranicza. Przyczynek do nauki o wypilowaniu stawu kolanowego u dzieci. Przez Prof. Königa. Streścił Dr. Gruell (z Ostrowca). (Dokończenie). **Korrespondencya z Solca.** Przez Dra Wyrzykowskiego, lekarza zdrojowego w Solcu. **Wiadomości bieżące.** Nowo kreowani lekarze medycyny. Prof. Schweigger. Straty armij niemieckich w czasie wojny francuzko-pruskiej. **Dodatek.** Fizyologii T. I, ark. 20, T. II, ark. 7, Epizoosyologii ark. 9, Auskultacyi i Perkussyi ark. 10, Policji lekarskiej T. III ark. 7.

Jeszcze kilka przypadków rdzennego uleczenia odprowadzalnych przepuklin pachwinowych (*cura radicalis herniarum inguinalium reponibilium*).

Spostrzeżenia Prof. Girsztowta.

Przepukliny (*herniae*) należą do częstych w kraju naszym cierpień. Przed kilku laty, w zamiarze utworzenia chociaż w przybliżeniu dokładnej statystyki główniejszych chorób chirurgicznych, napotykanych w wolnej praktyce i w szpitalach naszych, wystosowaliśmy (w charakterze przewodniczącego oddziału chirurgii Tow. lek. Warsz.) odezwę do szanownych kolegów lekarzy, prosząc o nadsyłanie szczegółowych wykazów rocznych tak samych chorób, jak i dokonanych z powodu ich chirurgicznych operacyj. Wielu z kolegów uprzejmie uczyniło zadosyć naszemu wezwaniu. Z porównawczego zestawienia stosunku częstości przepuklin do ogólnej ludności kraju okazało się, że na 60 osób zdrowych jedna przynajmniej ma przepuklinę. Stosunek ten porównywając ze statystyką przepuklin innych państw, mianowicie Anglii i Francyi, nazwać musimy dla nas pomyslnym, w pierwszej bowiem na każde 15 osób jedna przypada z przepukliną (*Turnbull*), w ostatniej zaś jedna na 20 (*Malgaigne*).

Wiadomo powszechnie, że pomiędzy znanymi rodzajami przepuklin (*encephalocele*, *hernia thoracica*), najczęściej się zdarzają przepukliny brzuszne (*herniae*

*abdominales*), a w szeregu różnych gatunków tych ostatnich, pierwsze, co do częstości, trzymają miejsce przepukliny pachwinowe (*herniae inguinales*), jak o tem przekonywają nas sprawozdania towarzystwa londyńskiego wydawania opasek przepuklinowych (*bracherium*) dla biednych i codzienna lekarska praktyka. Z liczby bowiem 11,513 chorych mężczyzn i kobiet, którzy w pewnym przeciągu czasu zgłosili się po opaski do rzeczonoego towarzystwa, 9,743 osób miało przepuklinę pachwinową, 1164 przepuklinę biodrową (*h. cruralis*), 517 p. pępkową (*h. umbilicalis*) i 86 p. linii białej (*h. lin. albae.*), pozostałe 3 przypadki rozpadają się pomiędzy inne nader rzadkie gatunki przepuklin, jak *h. foraminis ovalis*, *h. perinaei* etc. Zwracamy przytem uwagę, że u kobiet najczęściej się zdarzały przepukliny biodrowe.

Ta nadzwyczajna częstość przepuklin pachwinowych i nierzadkie powikłania im towarzyszące, zwłaszcza uwięznięcie (*incarceratio*), w obec którego, przed wynalezieniem herniotomii, życie chorych albo śmiercią się kończyło przy najstraszniejszych objawach, albo powstawała odbytница przeciwnaturalna (*anus contra naturam*), również ciężka jak i obrzydliwa słabość, były powodem, że już w najdawniejszych czasach spotykamy usiłowania do rdzennego leczenia tej choroby. Dzieje tych usiłowań są i bardzo długie i nader zajmujące. Skreśliliśmy je na innem miejscu, tutaj wspomnimy tylko, że one są dowodem jak długo umysł ludzki błąka się celem zdobycia prawdy, jeżeli przy badaniu niema racjonalnych podstaw i jasnej przewodniej myśli. Rzeczywiście, lekarze starożytności nie znając anatomii cóż dla nauki o przepuklinach zdziałać mogli? nie więc dziwnego, jeżeli zrozpaczeni, gałąź chirurgii, traktującą o przepuklinach w ręce szarlatanów (*percursores*) oddali. Zadanie jednak było zbyt ważne, żeby doń prędko znowu wrócić nie mieli: tak w pierwszych już wiekach po Chrystusie Paweł z Egiptu, jeden z najznakomitszych chirurgów swojego czasu, podaje swoje sposoby leczenia przepuklin; następnie szkoła Aleksandryjska na Wschodzie, Arabowie w Hiszpanii, lekarze włoscy średnich wieków, lekarze turlacze XVIIgo stulecia (*periodeutes*), idą na wyścigi w wynajdywaniu nowych metod leczenia. Z tych to czasów pozostały *balsama*, *emplastra*, *unguenta*, *decocta antihermosa*, *cura herniarum per ligaturam* (*punctum aureum*, B é r a u d, *sutura regia*, *Fabr. ab Aquapendente*), *ferrum candens*, *caustica chemica*. Pod koniec XVIII wieku i za naszych czasów, kiedy anatomia przepuklin w najdrobniejszych szczegółach została zbadana, i przekonano się o bezskuteczności dawnych metod, myśl radykalnego leczenia przepuklin bynajmniej nie została zarzuconą, przeciwnie najznakomitsi chirurgowie wszystkich krajów chcieli uwiecznić swe imię w dziejach przepuklin. Tak podali swoje sposoby Richter, Jameson, Belmas, Pirogow, Gerdy, Jobert, (de Lamballe), Wutzer, Rothmund, Ratier, Mösner, Bonnet, Stolz, M. Langenbeck, i w. i. Przeciąg czasu od r. 1830—1854 był najpłodniejszym w coraz nowsze pomysły i we wszystkich prawie ówczesnych dziennikach spotykamy opisane liczne przypadki radykalnego uleczenia przepuklin, z najpomyślniejszym zejściem. Nie małym jeszcze bodźcem do ciągłych prac na tem polu były złe następstwa po herniotomii przy zaciśniętych przepuklinach, zwykle bowiem umierała połowa operowanych, a jeżeli chirurg tracił jednego chorego z 3 lub 4ch operowanych, uważał to za szczęśliwy wypadek. Prędko jednak zapął do rdzennego

leczenia przepuklin zaczął słabnąć. Wychwalane sposoby leczenia przez jednych lekarzy okazały się bezskutecznymi w rękach drugich, prócz tego po bliższemu sprawdzeniu przekonano się, że w przypadkach, które uważano za uleczone doszczętnie, recydywy przepuklin były bardzo częste i że wiele z metod zachwalanych są nawet niebezpiecznymi dla życia chorych, nie mówiąc już że uleczenia choroby nimi się nie osiąga. Ztąd poszło, że wiele poważnych pisarzy, jak Linhart, Gosselin, radykalne leczenie przepuklin uważają za „niebezpieczną zabawkę”, a myśl o możebności uleczenia — za sprawę niedającą się urzeczywistnić, po prostu za mrzonkę.

Pomimo tak stanowcze potępienie angielscy i amerykańscy chirurdzy nie zaprzestali zajmować się radykalnym leczeniem przepuklin i jako pomyślny wynik usiłowań swoich przedstawiają chorych, u których w ciągu 3—4ch lat po wyleczeniu recydywy przepuklin nie zdarzają się; nadto licznymi spostrzeżeniami dowiedli, że są metody operowania, przy których chorzy poddający się operacyi bynajmniej nie narażają się na niebezpieczeństwo utraty życia.

W obec takiej różnorodności zdań uważaliśmy za obowiązek nasz z jednej strony podawać do wiadomości kolegów lekarzy o każdym nowym sposobie rdzennego leczenia przepuklin z przytoczeniem statystyki rezultatów, jakoż w każdym tomie *Gazety Lekarskiej* znajdzie czytelnik wiele szczegółów odnoszących się do tego przedmiotu, z drugiej zaś — zajęliśmy się sami sprawdzeniem rzeczywistości wyników leczenia przez drugich chirurgów przedstawionych. Pierwsze nasze prace jeszcze przed 10ciu laty złożyliśmy Towarzystwu lek. Warsz. i w jego „Pamiętniku” w krótkości ogłosiliśmy drukiem. W ciągu następnych lat przy zdarzonej sposobności zajmowaliśmy się również rdzennym leczeniem przepuklin, wynikami którego obecnie dzielimy się z czytelnikami naszymi. O ile nam wiadomo, my pierwsi w kraju naszym zajmowaliśmy się tym przedmiotem. Potem Dr. Jan Mińkiewicz (w Tyflisie), jeden z najuczeńszych i najzdolniejszych chirurgów naszych ogłosił swe spostrzeżenia w naszym piśmie.

Kilkoletnie spostrzeżenia doprowadziły nas do następnych przekonań, że:

1. Odprowadzalne przepukliny pachwinowe, zwłaszcza świeże, jeżeli kanał pachwinowy nie jest zbyt wielkiej objętości, mogą być rdzennie (*radicitus*) uleczone. Uleczeniem rdzennym nazywamy takie przypadki, w których po upływie 3—4ch lat nie mamy recydywy przepuklin.

2. Ze wszystkich sposobów doszczętnego leczenia przepuklin najmniej niebezpiecznym dla chorego, i najpomyślniejsze stosunkowo dającym rezultaty jest przeprowadzenie zawłoki (*setaceum*) przez worek przepuklinowy połączone z naciskiem (*compressio*). Bezpiecznym sposobem leczenia dla chorego nazywamy taki, który nie pociąga za sobą rozlanego śmiertelnego zapalenia otrzewnej (*peritonitis diffusa lethalis*).

3. Otrzewna zdolną jest, bez szkody dla chorego, znosić wielkie obrażenia mechaniczne (*trauma*); zapalenie ograniczone otrzewnej zlepane, lub nawet ropne, konieczne dla rdzennego uleczenia przepuklin, nie jest chorobą śmiertelną, a częstokroć nawet nie ciężką.

Jedynym celem, jaki przy leczeniu rdzennem przepuklin osiągnąć staramy się, jest sprowadzenie zarośnięcia (*obliteratio*) werka przepuklinowego, zwłaszcza jego szyjki (*collum sacci herniosi*) w miejscu jej przejścia do próżni jamy brzusznej, obok współczesnego w odpowiednim stopniu zwężenia kanału przepuklinowego.

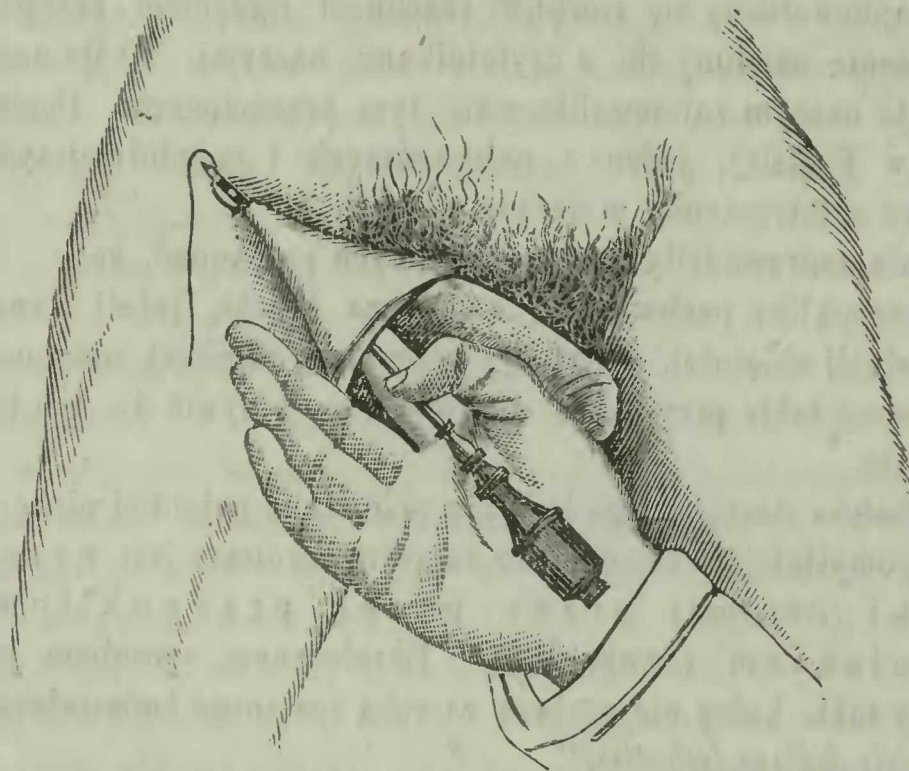
Warunkiem, dla osiągnięcia tego celu koniecznym po odprowadzeniu przepukliny do jamy brzusznej, jest wywołanie sztucznego ograniczonego zapalenia otrzewnej, tworzącej worek przepuklinowy (*peritonitis herniosa*).

Środkiem, którym się posługujemy dla dopięcia rzonego celu, jest zawłoka i nacisk.

Przed skreśleniem mechanizmu zastosowania zawłoki i nacisku, opiszemy w kilku słowach przymioty zawłoki i przyrząd do nacisku (*compressorium herniale*) służący. Przedewszystkiem zauważyć jeszcze winniśmy, że dla pomyślności uleczenia się konieczne jest ściśle wykonanie ze strony chorego przepisów operującego, mianowicie spokojne leżenie w łóżku w danym położeniu w ciągu 3—4 tygodni, przy zachowaniu przepisanej diety. Żeby chory zaś czuł potrzebę spokojnie zachować się w jednym położeniu w łóżku kilka tygodni, winien sam rozumieć niebezpieczeństwo na jakie się wystawia w razie zamiaru wstawania z łoża, winien mieć chęć uleczenia się, konieczną stałość charakteru i wytrwałość, — przymioty w klasie nieoświeconej nader rzadkie.

Zawłoka (*setaceum*) składa się albo z kilku bawelnianych nitek, albo ze skręconego sznurka, lub też z tasiemki o brzegach strzępiastych. Długość zawłoki wynosi od 6—10 cali.

Fig. 1.



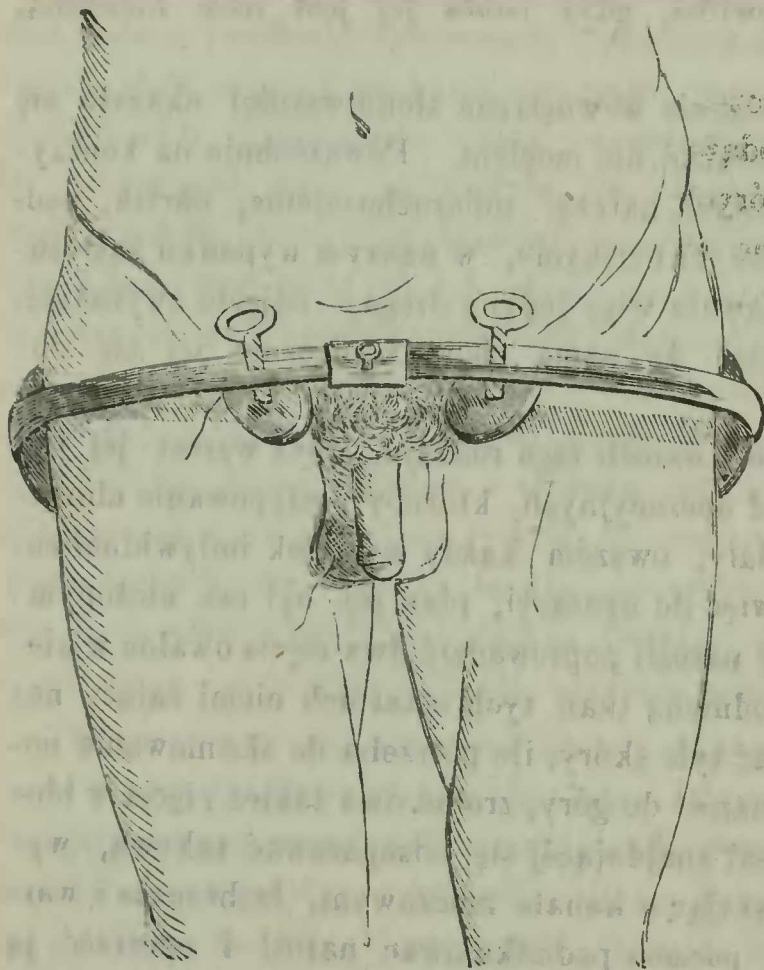
Igła (*acus*), do przeprowadzenia zawłoki służąca, jest długa (4—6 cali), płaska, o rękojeści drewnianej na jednym końcu, drugi zaś jej koniec jest zaostroszony, obojętny, opatrzony uszkiem. Igła ta ukryta jest w pochwie, z której za pociśnięciem łatwo się wysuwa (fig. 1). W uszku wdziawa się zawłoka.

Naciskacz (fig. 2) składa się z łuku metalicznego takiej długości, żeby wystarczał do opasania przedniej części brzucha; na końcach jego przymocowane są dwie płaskie poduszeczki, służące do umocowania go na kościach miednicy między krętarzem wielkim (*trochanter major*) a grzebieniem kości biodrowej (*crista ossis ilii*). Żeby łuk ten mógł być zastosowanym na miednicę różnej objętości, w samym środku, w miejscu odpowiadającym spojeniu kości łonowej (*symphysis ossium pubis*) jest przesuwalnym i za pomocą szrubki dającym się unieruchomić. Z boków szrubki w miej-

scach odpowiadających przebiegowi kanałów pachwinowych, znajdują się w łuku dwa otwory: przez nie przechodzą dwie szruby, na końcach tylnych których przymocowane są owalne, wypukłe poduszki, przede zaś końce opatrzone są kółkami ułatwiającymi działanie szrub. Poduszki te służą właśnie do wykonania dowolnego nacisku na cały przebieg kanałów pachwinowych celem wzajemnego zbliżenia ścian kanałów i zapobieżenia wejściu trzewiów do nich po zaprowadzeniu zawłoki. Przyrząd ten zastępuje miejsce opaski przepuklinowej (*bracherium*), przed którą ma to pierwszeństwo, że nacisk przez niego wywoływany jest zupełnie dowolny, a obok tego tylna część miednicy, na której chory leży, wolną jest od wszelkiego gniecienia.

**Mechanizm wykonania operacji.** Przygotowawszy igłę z zawłoką i naciskacz odpowiedniej wielkości, przystępujemy do wykonania operacji. Chory leży w łóżku w położeniu jak przy wykonywaniu herniotomii. Nasamprzód odprowadzamy przepuklinę do jamy brzusznej (*taxis*); następnie końcem palca wskaziciela lewej lub prawej ręki (fig. 1) ująwszy skórę na 1 lub 2 cale poniżej dolnego otworu kanału pachwinowego, wpychamy ją (*invaginatio cutis scroti*) do rzeźzonego kanału jak można najgłębiej, starając się przejść nim przez całą długość kanału.

Fig. 2.



Skoro na wysokości górnego otworu kanału wyczuwamy przez skórę koniec palca, nie ruszając już go z miejsca, drugą ręką ująwszy rękojeść igły (z zawłoką), ukrytej w pochwie, wprowadzamy ją (igłę z zawłoką) za biegiem palca do kanału pachwinowego i po zrównaniu się z końcem palca wypychając igłę z pochwy przekuwamy wepchniętą do kanału skórę moszny, za nią worek przepuklinowy, i przeszedłszy cały kanał wyprowadzamy koniec igły na zewnątrz w przedniej bocznej ścianie brzucha, w okolicy górnego otworu kanału pachwinowego, przekłuwając ścianę brzuszną od wewnątrz ku zewnątrz. Tutaj dopiero ująwszy palcami lub pincetem jeden koniec zawłoki, wciągamy napowrót

igłę do pochwy i tą samą drogą jaką weszliśmy wyprowadzamy igłę z drugim końcem zawłoki na zewnątrz poniżej dolnego końca otworu. Po założeniu naciskacza, sposobem jak wyżej rzekliśmy, wyjmujemy palec z kanału, poczem wżłobiona skóra moszny sama przez się wysuwa na zewnątrz, zawłoka tylko pozostaje w kanale; jeden jej koniec wystaje na przedniej części brzucha, w okolicy górnego otworu kanału, drugi zaś swobodnie wisi na zewnątrz skóry moszny poniżej dolnego otworu kanału pachwinowego (fig. 2).

Jeżeli przepuklina jest podwójna, to tym samym sposobem zakładamy zawłokę i z drugiej strony ciała, choremu zalecamy spokój i nie wstawanie z łóżka, a przy tem ścisłą dyetę. Nie potrzebujemy dodawć, że na dobę przed operacją naznaczamy choremu *laxans*.

Przy przeprowadzaniu zawłoki chory nie czuje żadnego prawie bólu; jakie zaś w następstwie rozwijają się objawy i jakim zejściem uwieńczona bywa nasza operacja, przyjrzyjmy się z historyi chorób kilku nowych operowanych naszych.

(Dokończenie nastąpi).

### Słoniowatość warg sromnych (*Elephantiasis v. pachydermia labiorum majorum*).

Spostrzeżenie Dra Krajewskiego Feliksa, ordynatora szpitali Hrubieszowskich.

(Dokończenie)\*).

R o k o w a n i e. Ze względu na dosyć zadawalniający stan ogólny chorej, brak charłactwa, niezajęcie innych okolic ciała, jakoteż ze względu na dosyć dobry przebieg ran pooperacyjnych w słoniowaciznie, co potwierdza wielu znakomitych chirurgów<sup>1)</sup>, zdaje się być dosyć dobrym, przynajmniej tym razem. Nikt albowiem zaręczyć nie może że choroba nie powróci, gdyż istota jej jest nam nieznaną, a powroty bardzo częste.

L e c z e n i e. Jak wiadomo, leczenie wewnętrzne słoniowatości okazało się bezużytecznem, w tym więc kierunku podążać nie mogłem. Powszechnie na kończynach używane sposoby leczenia, do których należą: unieruchomienie, nacisk, podwiązanie tętnicy głównej, lub metodyczne jej uciskanie, w naszym wypadku zastosowanemi również być nie mogły. Pozostawała więc jedyna droga,—odjęcie zwyrodnienia; operacja była tem niezbędniejszą, że sama chora koniecznie jej się domagała.

Ponieważ niepodobna określić formy narośli tego rodzaju, gdyż wzrost jej jest dowolnym, niema więc reguł ani metod operacyjnych, któreby postępowanie chirurga w takim wypadku stanowczo określały, owszem każdy wypadek indywidualizować potrzeba. Przed przystąpieniem więc do operacji, plan jej był tak ułożonym: od pagórka sromnego powyżej podstawy narośli poprowadzić dwa cięcia owalne w kierunku warg sromnych, tak aby i zwyrodnioną tknię tych ostatnich niemi zająć; następnie od warg ku biodrom odseparować tyle skóry, ile potrzeba do sformowania nowych warg sromnych; potem uniosłszy narośl do góry, zrobić dwa także cięcia w błonie śluzowej na tylnej powierzchni narośli znajdującej się, odseparować takową, wyłuszczyć narośl jak najstaranniej, pamiętając o kanale moczowym, lechtaczce i wargach mniejszych, aby ich nie naruszyć, poczem pedunkulować narośl i odetrzeć ją (*par écrasement lineaire*).

Jakoż w dniu 2 czerwca r. b., przy współdziałaniu kolegi Ł a n i e w s k i e g o, po zachloroformowaniu chorej (do czego użyto chloroformu drachm 3), przystąpiliśmy do wykonania operacji podług wyżej nakreślonego planu. Dwoma jednoczesnemi cięciami przecięte zostały pokrycia od pagórka łonowego aż do spojenia dolnego warg sromnych (*comissura inferior labiorum*), następnie separowaliśmy pokrycia ku

\*) Patrz Nr. 1. Gaz. Lek.

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

pachwinom, co skuteczniejszy, unieśliśmy narośl ku brzuchowi, wycięliśmy dostateczną ilość błony śluzowej dla okrycia przyszłych warg niezbędą, poczem zaczęliśmy wyluszczać narośl. W tym momencie operacyi z przecinanych (a ziejących w skutku natury choroby) naczyń krwionośnych, było dosyć silne krwawienie, które jednak z pomocą skręcenia łatwo się zatamować dawało; ta jednakże okoliczność tem bardziej nas skłoniła nie do wycięcia, lecz do odtarcia narośli przy podstawie. Jakoż wyluszczywszy narośl ku kościom łonowym tak, iż została tylko prawdziwa jej podstawa (*locus adhaesionis*), przewiązałem podstawę mocną ligaturą, nałożyłem łańcuszek odcieracza, a zamknąwszy go dziesięciu szybkimi poruszeniami ramion instrumentu, do zupełnego oddzielenia narośli przyszliliśmy. Krwawienia wcale nie było, trafiła nam się jednakże inna utrudzająca okoliczność, a mianowicie: z powodu znakomitej bolesności działań chirurgicznych chora ciągle musiała być chloroformowana, co trwało minut 12, i do pierwiastkowej ilości chloroformu drachm 3ch, w ciągu operacyi dodano jeszcze drachm 2; otóż w moment oddzielenia narośli zauważaliśmy początkowe oznaki tak zwanego omdlenia chloroformowego (*lipotimia anaesthetica*), to jest: upadek pulsu, utrudzone mocno oddychanie, silne zblednienie z zasinieniem ust, nosa i palców. Okoliczność ta zniewoliła nas do zwrócenia całej uwagi na ogólny stan chorej; jakoż zmiana położenia operowanej, obfite świeże powietrze, nacierania lodem, ostrzykiwania wodą zimną i waczenia amoniaku, w ciągu minut 5 przy małym zwomitowaniu żółciowem, przywróciły chorą do naturalnego stanu. Szkodliwość chloroformu tem dziwniejszą nam się wydała, że chloroformowanie było powolnem (albowiem trwało minut 8); chorąj dozwołonem było i wdychanie powietrza przy chloroformowaniu, nie było dano zbyt wiele chloroformu na raz, przytem chora nie była nałogową pijaczką. Uczy nas to, że z chloroformem nigdy dość ostrożnym być nie można, i że przy jego zastosowaniu operujący ani na chwilę zapomnieć nie powinien o tem że go stosuje. Przebywszy szczęśliwie tę zatrważającą okoliczność, przystąpiliśmy do opatrzenia rany; wycięta błona śluzowa w siedmiu miejscach szwem węzłkowym do nowo sformowanych warg przyszytą została, na ranę nałożono płatki i skubankę namoczone w oleju karbolowym, plastry lepkie, kompresy i opatrunek zewnętrzny w formie litery T, na czem operacya ukończoną została. Od początku do zupełnego ukończenia, włączając i trzeźwienie chorej, upłynęło minut 23.

W czasie operacyi nie napotkaliśmy żadnych trudności anatomicznych, wszędzie na drodze znajdowała się biała zbita i zwyrodniona tkanka komórkowata; jedyną zwracającą uwagę rzeczą było stwardnienie, rozszerzenie i otwartość naczyń krwionośnych (*vasa liuantia*), o których z silnego krwawienia (nieraz strumieniem) wnosiliśmy. Osada narośli jak cała narośl składała się z takichże elementów, z tą tylko różnicą iż tkanki jeszcze więcej w tem miejscu były stężałe, prawie włókniste; inne części, jak kanał moczowy, lechtaczka i wargi mniejsze dały się w zupełnej zachować całości. Po wycięciu narośl ważyła funtów 8; z obnażonej jej powierzchni płyn żółtawy kleisty dość obficie wyciekał. Badania mikroskopowego z powodu braku dokładnego narzędzia nie robiliśmy, takowe jednak przy przesłaniu preparatu zawsze będzie możliwem.

Wszystkie dokonane przez nas działania chirurgiczne widocznymi są na przesyłającym się preparacie; dwa kawalki luźne na tyle narośli przedstawiają odjęte wargi sromne, na nich znajdowały się małe ziarniny, które uważając za zarody nowych

gruzłów wyluszczyć uważaliśmy za konieczne; na tylnej również powierzchni narodziła się wada braku błony śluzowej, którą dla okrycia nowo-sformowanych warg oddzieliśmy; na koniec na powierzchni tylnej od góry widać punkt przytwierdzenia, pedunkulacji i odtarcia narodziła się.

Pierwszego dnia po operacji chora miała kilkakrotnie dość silne ziębienie, lekkie odurzenie i częste mdłości, co wszystko uważając za skutek chloroformu, przeznaczyłem chorej tylko napój chłodzący kwaskowaty; w dniu następnym znalazłem ją w stanie prawie zadawalnym, bo oprócz lekkiego rozgrzania ciała (36,5°) i podniesienia pulsu do 85 uderzeń na minutę, nic nieprawidłowego w stanie chorej nie wykryłem; uryna tak w dzień operacji, jakoteż i w dniu następnym cewnikiem oddalana była. Odczyn z dniem każdym wolniał i na piąty już dzień po operacji, oprócz rany po narodziła pozostałej, żadnej zmiany patologicznej w ciele K., nie znajdowałem. Pierwszy opatrunek dopełniłem dnia 4 czerwca i przekonałem się że spojenie *per primam* w bardzo małym stopniu i w dwóch tylko miejscach po bokach udało się, w innych zaś punktach, jakkolwiek nie było spojenia, pozór rany był jak najlepszy; szwy za wyłączeniem górnego i dolnego (w nadziei dopomożenia spojenia) oddalonymi zostały. Dziś w chwili gdy to piszę dnia 16 czerwca, chora ma się zupełnie dobrze, rana jest zupełnie zablizniona po bokach, w górze tylko gdzie był dołek głęboki po odtarciu narodziła się, jest cząstka rany nie zablizniona wielkości grosza, lecz i w tym miejscu jest doskonała ziarnina (*granulationes*) jako materiał do przyszłej blizny, tak iż prawdopodobnie w ciągu dni 10 chora nasza opuści szpital. Jedyną wątpliwość jaka mi pozostaje, jest to małe skosny rząd małych wzniesień, jakby małych guzków w skórze, bez zmiany koloru, idący od wierzchołka nowo-sformowanej wargi sromnej prawej ku dolnej części brzucha; mam bowiem obawę aby guziki te nie stały się zarodem ponowienia się choroby, i w tej myśli zaleciłem wcierania szarej maści w te miejsca. Jakkolwiek obrót rzecz weźmie, zdaje mi się iż wszelkie działania moje są dostatecznie usprawiedliwione, i na podstawach ściśle naukowych oparte.

Aby wypadku tego nie podać jako fakt luźny, na zakończenie pozwalam sobie zrobić kilka uwag ogólnych o słoniowatości z szczególnym względem na części płciowe. Wiadomą jest rzeczą, że słoniowacizna warg sromnych u kobiet na południu w Brazylii, Indjach wschodnich, Japonii, Algierze, w Sierra Leone, Marokko, Morei, na wyspie Cejlon i w Egipcie, wcale nie należy do osobliwości. U wielu kobiet murzyńskich, a szczególnie u Hotentotek, Boszymanek, jest rzeczą prawie naturalną rozrost warg sromnych mniejszych, które nieraz do 6ciu cali długości dochodzą. U kobiet pochodzenia Koptyjskiego, według słów podróżnika *Soniego*<sup>1)</sup> częstokroć widzieć się daje na częściach płciowych narodziła się tłuszczowo-mięsna, wielkością i kształtem do narodziła się nad dziobem indyka podobna, a wydarza się to tak często, iż do operowania tych narodziła się egzystują odrębne kobiety, wysławiające po rynkach swój talent. Obie tu wspomniane formy w wymienionych miejscowościach są prawie za rzecz naturalną uważane, wszakże jak łatwo zrozumieć, z takich już rozrostów bardzo często do słoniowacizny dojść może.

<sup>1)</sup> *Virey*. Hist. natur. rodu ludzk. Tom 1, str. 220—226.



Viréy<sup>1)</sup> jako powody wymienionych naturalnych rozrostów uważa: zbyt ciepły klimat, mniejszą jak w innych klimatach spójność tłuszczu, nieczystość, i niesłychaną lubieżność plemion Afrykańskich.

Słoniowacizna prawdziwa (to jest nie wywołana wrzodami chronicznemi, próchnieniem i zgorzelą kości, jako téż guzem białym) zawsze należy do szczególnych i rzadko przytrafiających się chorób, a jeśli częściej ją widzimy na kończynach, to na innych częściach ciała do prawdziwych zaliczyć ją możemy osobliwości. Przytoczę tu niektóre przykłady. W klinice profesora Piorry'go w r. 1857<sup>2)</sup> znajdował się chory płci męskiej, podlegający słoniowaciznie całego ciała; wypadek zakończył się śmiercią. Dr. Tourweskó z Bukaresztu<sup>3)</sup> opisał ogromną słoniowatość moszny, szczęśliwie zoperowaną. Verneuil<sup>4)</sup> przedstawił w Towarzystwie Chirurgicznem Paryżkiem 17 lipca 1867 r., wypadek ogromnej słoniowacizny moszny i obu bioder. Dr. Goyrand z Aix opisał<sup>5)</sup> ciekawy przykład słoniowatości członka męskiego, która rozwijała się lat 4 i była szczęśliwie zoperowaną; po 7 latach tenże chory był powtórnie operowany z powodu ogromnej słoniowacizny moszny.

Tenże Dr. Goyrand z Aix<sup>6)</sup> opisał znaczną słoniowatość konchy usznej. Professor Girsztowt<sup>7)</sup> przytacza wypadki opisane przez Frankla, Clot-Bey'a, Pluner'a, Fitley'a, Riego, i Lalement'a, w których słoniowatość części płciowych dochodziła do niesłychanych rozmiarów, dosięgając kolan a nawet stóp, i ważąc do 100 i 120 funtów. Dr. Larey<sup>8)</sup> po podróży swojej do Egiptu opisał widzianą przez się fellach egipską, u której widział słoniowatość warg sromnych znacznej wielkości, którą nazwał *sarcocèle des femmes*; u tejże samej kobiety była słoniowatość obu kończyn dolnych.

Dr. Rigal<sup>9)</sup> w dziele Vidal'a de Cassis<sup>10)</sup> podał rysunek ogromnej słoniowatości warg sromnych, która dosięgała kolan. Dr. Burget z Aix<sup>11)</sup> opisał wypadek ogromnej, bo 8 kilogramów dochodzącej słoniowatości sromu, która się zakończyła śmiercią w skutku naruszenia w czasie operacji ścian pęcherza moczowego i następczego zapalenia otrzewnej. Tyle mi jest znanych z literatury wypadków słoniowacizny<sup>12)</sup>; co się tyczy mnie samego, oprócz kilku wypadków słoniowacizny kończyn dolnych znacznej wielkości, o których jako

1) Tamże.

2) Gazette des Hopitaux, Nr. 25, r. 1857.

3) Taż gazeta, Nr. 16, 1857.

4) Taż gazeta, Nr. 91, 3 sierpnia 1867 r.

5) Taż gazeta, Nr. 122, 17 października 1863 r.

6) Gazette des Hopitaux, Nr. 17 Październik 1863 r.

7) Girsztowt, Chirurgia teor. Tom 2, zeszyt 1, str. 61—76.

8) Vidal de Cassis. Patologie Externe, Tom 5, str. 310.

9) Tenże i Rigal (de Gailac) Societé de Chirurgie; séance de 14 Novembre 1855.

10) Tamże.

11) Gazette des Hopitaux, Nr. 140, 30 Novembre 1867.

12) Nie cytuję tu wypadku opisanego przez Dra Neugebaur'a w Nr. 19 Gazety lekarskiej z d. 10 listopada 1866 roku, ten albowiem dotyczył mięsaka (*sarcoma*); jeśli się nie mylę wypadek słoniowatości warg sromnych przeczemnie opisany, do pierwszych w literaturze ojezystej należeć powinien.

powszechniejszych nie wspominam, widziałem cztery przykłady, które bezpośrednio płeć żeńską dotknęły. Z tych pierwszy dotyczył sutek kobiecych, które w skutku tej choroby doszły niesłychanego rozmiaru i 40 funtów wagi; wypadek ten w odcisku gipsowym z krótką historią choroby umieszczony jest w teatrze anatomicznym Uniwersytetu Moskiewskiego. Drugi przykład widziałem w klinice Chirurgicznej profesora I n o z i e m c o w a w Moskwie; był to rozrost obu warg sromnych dochodzący do 2ch funtów wagi, u dziewczyny wiejskiej lat 23 liczącej, rozwinął się od jazdy konnej bez siodła przez lat kilka praktykowanej; narodziła się pomyślnie zoperowana została. Trzeci wypadek widziałem w szpitalu Dzieciątka Jezus w Warszawie, w r. 1853 w klinice ś. p. profesora L e B r u n'a; dotyczył on kobiety wiejskiej. Narodziła była charakterystyczną, lecz nie przechodziła 8 funtów wagi.

Nakoniec czwarty wypadek dotyczy Katarzyny K..., a ze względu na wielkość charakterystyczną i połączenie w sobie kilku rodzajów tejże formy, wydał mi się tak szczególnym iż poważylem się go opisać.

### KAZUISTYKA LEKARSKA.

Kol. Cz. w W. Podobny smutny wypadek jaki jest wspomniany w Nr. 52 Gazety Lek., spotkał mnie w lutym r. b.

Kobieta 36 letnia, pierwszy raz rodząca, po 3 dniowych bólach i po odpłynięciu wód o 1 36 godzin, została do mnie o mil 2 przywieziona. Główka dziecka była przy wejściu małej miednicy, silnie już wtłoczona, usta maciczne dostatecznie rozszerzone. Rozmiar najmniejszy miednicy oceniałem na 2½ cala, bóle od godzin 8miu ustaly. Usiłowania cofnięcia główki i zrobienia obrotu nie powiodły się. Założone długie kleszcze S i m p s o n'a nie poruszyły ani na jotę główki z miejsca, podobnież usilne i powtórne trakcyje kleszczami H o b l'a (modyfikacyi Madurowicza) nie doprowadziły do celu. W tém położeniu rzeczy nie śledząc już czyli płód żyje lub nie, musiałem się uciec do ostateczności. Przewierciłem trepanem czaszkę na połączeniu kości bocznej lewej z tyłogłówną, rozwierciłem mózgowie metalowym żeńskim kateterem i założyłem kefalotryb.

Sprowadziwszy nieco niżej główkę, powtórzyłem rozwiercenie mózgu i zmiadżdżenie czaszki w drugim kierunku, nie spiesząc się zupełnie z całkowitem wydobyciem. Dziecko już przy urodzeniu się bioder zrobiło ruch oddechowy, położone na boku po kilkunastu sekundach zaczęło wolno, głośno, chrapiąco oddychać, i co kilka takich oddechów wydawać głos jęku (!). Tak trwało przeszło minut dziesięć.... Zdając sobie sprawę z tego *lege artis* zabójstwa, sprawdziłem powtórnie wymiary miednicy w stosunku do wymiarów główki i zaspokoilem moje lekarskie sumienie co do konieczności tego postąpienia. U dziecka mózgowie było całe wyciśniętém, tentorium cerebelli przerwaném, zwierzchnie warstwy mózdzku zniszczone, lecz sam bulbus i medulla oblongata pozostały nietknięte.

W tej ostatecznej okoliczności leżało dla mnie tłumaczenie. Rdzeń przedłużony jest ośrodkiem ruchów oddechowych, a tém samym jeżeli on jest nietkniętym (mimo zniszczenia mózgu) oddech i wydawanie głosu mogą istnieć lub się rozwinąć. Przypomina to znane fizyologiczne doświadczenie z kurami, które po wycięciu całego mózgowia (z wyjątkiem mózdzku) jeszcze chodzą, oddychają i gduczą.

D. M.

Pęknięcie macicy i dwie spętane kury. Następujący wypadek byłby śmiesznym, gdyby nie był smutnym. W dniu 7 maja r. b., o godz. 2 po połud., wezwany zostałem na gwałt do starozakonnej H... czwarty raz rodzącej. Z 3-ch poprzednich połogów dwa skończyły się wydobyciem narzędziami nieżywych dzieci, a jeden poronieniem. Obecnie o godzinie 8 rano wody odpłynęły, bóle były silne, lecz gdy poród nie postępował, asystująca babka uznała za stosowne dać po godz. 10-jej kilka proszków „na bóle”; te się coraz

gwałtowniej wzmagały, gdy rodząca (około godziny 12-ój) przeraźliwie krzyknęła, omdlała, bóle porodowe ustały, lecz w miejsce ich nieznośne boleści w całym żywocie, wymioty, upadek sił. Babka-doktorka stała się od tej chwili niewidzialną.

Znalazłem chorą śmiertelnie bladą, zimnym potem oblaną, bez tętna i prawie konającą. Na zewnątrz żadnego krwotoku, za to wewnątrz macicy jak daleko palec sięgał, skrzepami krwi wypełnione. Rozmiar (przodo-tyłowy) miednicy zwężony, główka dziecka (nie dającego oznak życia) na lewej kości biodrowej, nóżki ku prawej stronie. Brzuch wzdęty, bolesny, ściany macicy w silnym skurczeniu. Z prawej strony obok pępka jakby pod samą skórą, jakaś część drobna kończasta, łatwo się poruszać dająca, na około której w powierzchni dłoni, przy lekkim nawet dotknięciu palcem ściany brzusznej, chlupotanie (jakby tuż podskórne) powietrza z płynem ucać się dawało.

Perkussya również dawała oznaki wylania płynu w jamę otrzewną. Nie mając wątpliwości co do rozpoznania, ale wątpiąc czy należy począć jakiś rękoczyn o którym się przewiduje, że się go *in cadavere* dokończy, posłałem po kolegę rządowego; ten gły w minut kilkanaście przybył, sięgnąłem po nóżki, lecz nim zdołałem główkę sprowadzić, chora żyć przestała.

Wprzód nim po mnie posłano, posłano po radę do bawiącego w miejscu dziwotwórcy, po miejscowemu „G u t e r J u d” i także „M e c h a s z e f” zwanego. W czasie, który upłynął nim wspomniany kolega przybył, starałem się z ostrożnością dopełnić obrotu zewnętrznego t. j. lekkim uciskiem jednej ręki starałem się kończynę w jamę brzuszną sterczącą wewnątrz macicy odprowadzić, drugą zaś ręką główkę ku górze posunąć, co mi się i powiodło. Równocześnie kazałem chorą wódkę i wina ile polknąć mogła podawać.

Gdy tak byłem zajęty, wchodzi osob kilka niosących spętanego koguta i książkę, a ignorując moją obecność i zajęcie, zbliżają się uroczyście do łóżka chorą. W tém wpada zadyszany jój mąż niosąc dwie kury związane i woła: „Dla Boga! On kazał nie koguta, lecz dwie kury!”. Jakoż poczęto temi kurami nad chorą opisywać w powietrzu koła, a gdy zwróciłem uwagę że mogą dalszy rytuał na później odłożyć, odpowiedziano mi: „On kazał trzy razy tak zrobić, to się dziecko szczęśliwie urodzi” Sens moralny téj krótkiej a smutnej powieści za blisko leży, abym się miał nad nim rozwodzić. Cic.

## KRONIKA ZAGRANICZNA.

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

przez Prof. K o n i g a.

Streścił Dr. Gruell (z Ostrowca).

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

(Dokończenie \*)).

Autor, na poparcie swego spostrzeżenia przytacza 3 wypadki, nie wyszukane, lecz wzięte taką koleją, jak mu się przedstawiły w praktyce. Dotyczą one 3-oh indywiduów: 30-to, 20-to i 25-cio letniego, które w dzieciństwie, między 9 a 16m rokiem przebywały zapalenie stawu kolanowego z bardzo obfitym ropieniem, następnie uleczone zostały bez wdania się operacyjnego, lecz z mniejszym lub większym zniekształnieniem kończyn, które jednak przy użyciu odpowiednich przyrządów doprowadzone zostały do takiego stanu, iż jako tako służą do podpierania ciała.

Wymiary tych kończyn dały następujące cyfry:

	Skrócenie całkowite.	Udo.	Piszczel.	Skróc. na rachunek zwichnienia.
1)	8,5 ctm.	3 ctm.	4 ctm.	1,5 ctm.
2)	7 —	2 —	4 —	1 —
3)	9 —	2,5 —	4 —	2,5 —

Cyfry te wykazują nam, że największe skrócenie idzie na rachunek piszczeli, mniej na rachunek zwichnienia.

\*) Patrz Nr. 1 Gaz. Lek.

Z wielkości skrócenia i z czasu najobfitszego ropienia, wnosić możemy, że powstrzymanie wzrostu nastąpiło mniej więcej między 10—14-m rokiem życia, pomimo to po wyprostowaniu otrzymujemy kończyny zdolne do użytku. To nas upoważnia do przyjęcia, że i po wypilowaniu stawu otrzymamy użyteczne członki, chociażbysmy byli zmuszeni przekroczyć granice epifizy u indywidualów starszych nad 11 lat życia; wtedy bowiem wzrost członka nie byłby mniejszym niż przy samowolnym uleczeniu, siła zaś jego byłaby w wielu razach większą niż po gwałtowném wyprostowaniu.

Pytanie, kiedy należy przenieść odjęcie członka (*amputatio*) nad wypilowanie stawu, ze względu na stan kości, autor w następujący sposób rozstrzyga:

Odjęcie członka bezwzględnie wskazaném jest, tylko przy tak dalece posuniętem zajęciu kości (u dzieci), że należałoby wypilować kawałki wynoszące 4 i więcej cali. Przy zajęciu kości mniej rozległym, które przecież przekracza granicę epifiz, jak skoro mamy wskazania do czynnego działania, zwrócić musimy uwagę na wiek dziecka; u dzieci nie mających lat 10, jeżeli wypadnie poświęcić całą epifizę, lepiej będzie wykonać odjęcie kończyny; jeżeli zaś chociaż część powierzchni granicznej epifiz będzie mogła być ocaloną, wykonamy wypilowanie stawu.

U dzieci starszych nad lat 10, zawsze wykonamy wypilowanie, chociażby i cała epifiza poświęconą być musiała, aby tylko nie trzeba było zbyt wielkich kawałków kości usuwać, jak to już wyżej wspomniano.

Ogólny stan chorego nie jest także bez znaczenia przy dokonywanym wyborze. Wycieńczenie i niedokrwistość (*anaemia*) dziecka, spowodowane długim ropieniem i gorączką, jako też zolzy (*scrophulosis*) nie stanowią przeciwwskazania do operacji; owszem, po wykonaniu wypilowania zajętego stawu, dzieci szybko wracają do sił. Przeistoczenie mączkowate organów wywołane cierpieniem stawu, jako też wysoko posunięta gruźlica, są stanowczém przeciwwskazaniem do operacji, gdy tymczasem przy rozpoznanej wprawdzie gruźlicy, lecz dobrym ogólnym stanie chorego, jeżeli operację uważamy za potrzebną, lepiej wykonać odjęcie członka.

Skoro już wykazaliśmy że wypilowanie stawu kolanowego u dzieci, dostarcza kończyn zdolnych do użytku, wypada nam z kolei uwzględnić kwestyę śmiertelności, i w tym celu uciec się musimy do statystyki. Z góry jednak zastrzedz winniśmy, że nie posłuży ona do wyprowadzenia ostatecznych i stanowczych wniosków, zbywa nam bowiem na jednym z najważniejszych punktów porównania, jakim byłaby statystyka śmiertelności u dzieci leczonych bez operacji. Poprzestać tedy musimy na porównaniu wypadków wypilowania kolana u dzieci, z takimiż wypilowaniami u dorosłych, i z odjęciami uda w ogóle. Porównanie to, jak zobaczymy, nie wypadnie niekorzystnie dla operacji, przedmiotem naszej uwagi będącej.

Autor zebrał z różnych źródeł 112 wypadków wypilowania kolana u dzieci do 16go roku życia. Dostarczyła ich w większej części Anglia, mniej Niemcy, najmniej Francya.

W tych 112 wypadkach znajdujemy 70 zakończonych wyzdrowieniem z używalnością członka, 20 śmiercią; 9 indywidualów w chwili ogłoszenia niniejszego, pozostawało w leczeniu, lecz stan ich był dobry, a w 13 wypadkach wykonano odjęcie (*amputatio*) następcze. W tych 13 wypadkach odjęcia kończyn było 11 wyzdrowień, 2 śmierci.

Uleczenie prawie zawsze następowało przez stałe połączenie kości udowej i piszczeli, połączenie raz kostne, drugi raz pozwalające jeszcze wykonywania ograniczonych ruchów. W 2ch tylko wypadkach (Langenbeck i Szymanowski) otrzymano staw ruchomy. Wypadek Szymanowskiego z tego jeszcze względu godzien jest uwagi, że operacya dokonana była u 7½ miesięcznego dziecka.

Przyczyną 20tu śmiertelnych zejść było: 4 razy bezpośrednio następstwa operacji, jak krwotoki, chloroform i t. p., 4 razy ropnica, 3 razy wycieńczenie w skutek rozległego ropienia, 2 razy gruźlica, i 2 razy zapalenie opon mózgowych, w jednym wypadku gruźlicze. W 5ciu wypadkach przyczyna śmierci niepodana.

Co do statystyki wzrostu kończyn, tój zupełnie przeprowadzić nie można, gdyż w małej tylko liczbie wypadków, wymiary w następstwie były wykonywane; zaznaczyć tylko wypada, że w niektórych razach wzrost członka nie był zakłóconym, lub przynajmniej mało powstrzymanym, chociaż z wielkości wypilowanych kawałków wnosić było można, iż i część linii granicznej epifiz zajęta została, co potwierdza zdanie autora, iż członek rośnie wtedy nawet, gdy tylko część tój linii zachowaną zostanie.

Na 70 tedy pomyslnych wypadków, mamy 42 niepomysłnych, licząc w to tak wypadki zakończone śmiercią jak następstwem odjęciem i w leczeniu będące, czyli w odsetkach na  $62\frac{1}{2}\%$  wypadków pomyslnych, mamy  $37\frac{1}{2}\%$  niepomysłnych, a w tój liczbie  $19\frac{1}{5}\%$  wypadków śmierci, czyli niecała  $\frac{1}{3}$  część całkowitej liczby.

Porównajmy te dane ze statystyką wypilowania kolana u dorosłych.

Heyfelder zebrał 178 wypadków, z których 109 zakończonych pomyslnie, 70 niepomysłnie a z tych 54 śmiercią.

Hodges w Ameryce ogłosił 208 wypadków, z których niepomysłnie zakończonych 116 (śmierć bezpośrednio 60 razy, po amputacji 9 razy; amputacji następczych w ogóle 42 i 14 kończyn nieużytecznych), 27 wypadków podanych za uleczone bez wzmianki o użyteczności kończyn, a tylko 65 pomyslnych.

Holmes zebrał dane statystyczne z wypilowań kolana u dorosłych w szpitalach londyńskich, w liczbie 95 wypadków. Z tych 37 wypadków zakończonych niepomysłnie (27 śmiercią). O pozostałych 58iu, wiadomości tak nie pewne, że o liczbie pomyslnych wypadków nie zawnioskować nie można.

W najnowszym zestawieniu 291 wypilowań kolana przez Price'a, znajdujemy zejść pomyslnych 164, niepomysłnych 127, a z tych 78 śmiertelnych.

Z tablic nakoniec Heyfelder'a zawierających 183 wypadki wypilowania kolana, autor odrzuciwszy wypadki u dzieci (do 16 r.), z nieoznaczeniem wieku, i w leczeniu będące, wybrał 102 wypadki u dorosłych, z których 45 zakończyło się pomyslnie a 57 niepomysłnie (40 śmierci, 12 następczych amputacji, 5 operacji nieudanych).

Zestawiwszy wyż przytoczone dane obliczone w odsetkach, z odsetkowym wypadkiem wypilowań kolana u dzieci, przychodzimy do następującej tablicy:

	Wypadki pomyslnie	Wypadki niepomysłne	Zejęcia śmiertelne.
1) Heyfelder (statystyka dorosłych)	$44\%$	$56\%$	$39\%$
2) Statystyka Hodges'a . . . . .	$44\%$	$56\%$	$33\%$
3) Holmes (szpital Londyński) . . . . .	—	$38,9\%$	$23,4\%$
4) Heyfelder (statystyka ogólna) . . . . .	$60\frac{3}{9}\%$	$39\frac{1}{9}\%$	$30\frac{1}{6}\%$
5) Statystyka Price'a . . . . .	$56\frac{1}{3}\%$	$43\frac{2}{3}\%$	$27\%$
6) Statystyka dzieci . . . . .	$62\frac{1}{2}\%$	$37\frac{1}{2}\%$	$19\frac{1}{5}\%$

Zdaje się, że cyfry nie potrzebują bliższych objaśnień.

Nie mając specjalnej statystyki odjęcia uda u dzieci, nie możemy postawić porównania po tym względem; co się zaś tycze porównania ze śmiertelnością po odjęciu uda w ogóle, bez względu na wiek, to i tu operacja wypilowania kolana u dzieci wychodzi zwycięzko. Śmiertelność ta bowiem wynosi według Pau'l'a  $50\%$ , według Malgaigne'a  $62,6\%$ , według Trelat'a  $52,7\%$ . Za to stosunek śmiertelności po odjęciu uda wyłącznie w skutek chorób stawu kolanowego, zbliża się do naszego (1:5) i wynosi: w szpitalach londyńskich 1:4 $\frac{1}{2}$ , w szpitalach prowincjonalnych 1:4, a według nowej statystyki Bryanta 1:7.

Rzucmy nakoniec okiem na niektóre uwagi autora, odnoszące się do wykonywania operacji i leczenia pooperacyjnego, jakie on podaje, oparty na doświadczeniu zdobytém w 4ch wykonanych przezeń i szczęśliwie zakończonych wypilowaniach kolana.

Cięcie operacyjne wykonywa autor albo w kształcie litery **H** albo łukowate. To ostatnie uważa za wystarczające w większej liczbie wypadków, gdzie niewielkie kawałki piszczeli mają być wypilowanemi, z tém nadmienieniem, że pozioma jego część, powinna być mocno opuszczona ku dołowi; inaczéj przepiłowanie piszczeli przedstawia pewne trudności. Cięć podłużnych podanych przez *Langbecka* i *Huettera*, próbował autor tylko na trupach, i przekonał się o łatwości ich wykonania; uważa jednak, że cięcie poprzeczne więcéj daje miejsca. Wykonywać zaś cięcie podłużne, jedynie w celu zachowania przyrządu więzowego stawu kolanowego, aby na przyszłość otrzymać staw ruchomy, autor nie uważa za stosowne; sądzi bowiem, że postępując w ten sposób, w niektórych razach możemy wprawdzie osiągnąć ruchomość stawu, kończyła jednak będzie niezdołną lub mało zdolną do użycia.

Po przecięciu więzów, torebki i t. p. nasuwa się kwestya wydalenia lub pozostawienia rzepki (*patella*). Autor w 2ch wypadkach wydził ją, w 2ch pozostawił, a przebieg wszystkich czterech, nie przedstawiał tak wybitnych różnic, któreby przemawiały na korzyść jednej lub drugiej metody. Zdania *Pric'e'a*, iż pozostawiona rzepka, ulegając próchnieniu, wywołuje ropienie, autor nie podziela, a przynajmniej nie nadaje mu ogólnego znaczenia.

Po oswobodzeniu końców stawowych kości, szczególną baczność zwrócić należy na samo przepiłowanie, starając się o zachowanie wszystkiego, co jest zdrowem. U dzieci, gdzie każdy ocalony skrawek kości, daje pewniejszą rękojmię zabezpieczenia wzrostu członka, pod szczególną rozwagę wzięsoby należało wypilowania częściowe, zalecane przez *Rose'a*. Szkoda tylko, że w tym kierunku brak nam szczegółowych badań. *Senftleben* który tę kwestyę podejmował, doszedł do rezultatu, że tkanka łączna również dobrze wytworzyć się może z chrząstki jak i z przepiłowanej kości, i że usuwanie chrząstki przy wypilowaniach stawów nie jest konieczném.

Jeżeli sprawą chorobową zajęte są tylko powierzchowne części stawu, to autor usuwa tylko te najpowierzchniejsze części przeprowadzając piłę tak, aby na kości udowej powierzchnia przepiłowania była równo oddaloną od końców obu kłykciów, co według *Heyfeldera* ma na przyszłość chronić od zбочenia kolana ku zewnątrz. Jeżeli z góry nam wiadomo, że zniszczenia w jedném lub więcéj miejscach przekraczają powierzchnię graniczną epifizy, to najlepší będzie zrobić wpiérw przepiłowanie według zasad podanych wyżej, przy rozpatrywaniu granic epifizy, takie mianowicie, któreby za jedném cięciem oddaliło jak największą część stawu, bez zbytecznego zbliżenia się do linii epifizy. Potém oddalić jeszcze można niektóre części np. z zewnętrznego kłykcia u 11 letniego dziecka, klinowaty ku środkowi skrawek o podstawie 0,8 ctm. Jeżeli choroba nie zajmuje całej szerokości kłykcia, to zamiast piłą, lepiej uskutecznić wydalenie chorej części dłutem prostém lub wyłobioném i t. p. W ogóle wybierać należy takie narzędzia, za pomocą których części chore usunąsoby można na jak najbardziej ograniczonej przestrzeni, nie zajmując zdrowych.

W podobny sposób postąpić należy z kością piszczelową; z przedniej trzeciej jej części także oddalić można dość duży kawałek, cięciem spadzistém ku guzikowi przedniemu tej kości, wszelako i tu starać się trzeba o usunięcie raczéj mniej niż więcéj po nad granice wyżej wskazane.

Skoro przepiłowanie kości zostało uskutecznió, nie prędszej przystąpić należy do połączenia brzegów rany, aż po zupełném zatamowaniu krwotoku w głębszych częściach, i to, o ile można, bez użycia podwizań; duży bowiem, rozpadający się wylew krwi w głębi rany, należy według autora, do najgorszych fatalności jakie dotknąć mogą chorych, w początku leczenia pooperacyjnego. O bezpośrednie spojenie (*prima intentio*) stara się autor tylko w poziomej części cięcia, podczas gdy boczne zostawia otwartemi, wprowadzając w nie skręcone i napojone oliwą szarpie, a późniéj rurki drenowe.

Natychmiast przystępuje autor do nałożenia opatrunku gipsowego. Jeżeli nie wiele zależy na oszczędzeniu centymetra długości kończyny, to opatrunek ten nakłada w lekko zgiętym położeniu stawu; chód bowiem przy takim położeniu z-laje się być najswobodniejszym.

Opatrunek nakłada się na całą kończynę z otworami w okolicy rany, których brzegi potem wygładzają się nożem, a szczeliny między niemi i skórą utykają się szarpią napojoną kolloidionem, aby ropa z rany nie zaciekała między skórę i opatrunek.

Ujścia dawnych przetok, zostają pospolicie przez opatrunek zamknięte i zwykle się goją; w przeciwnym zaś razie na opatrunku powstają plamy ropiaste, w których to miejscach potrzeba powycinać nowe otwory.

Chory układa się na łóżku gładko usłaném, a operowana jego kończyna umieszcza się w rynience utworzonej z worka piasku sięgającego od guza kulszowego aż do pięty, i mocno się doń przywiązuje. Tym sposobem osiągamy prawie bezwzględne unieruchomienie kończyny.

W tym opatrunku chory jak najdłużej winien pozostawać, najlepiej aż do zupełnego uzdrowienia, co najmniej jednak 4—6 tygodni. Opatrunek powinien też być dostatecznie silny, i w jak największej utrzymywany czystości przez wyprowadzanie ropy po za granice członka zapomocą rurek drenowych, przez częste odmienianie szarpi napojonych kolloidionem na około brzegów otworu, przez użycie środków dezinfekcyjnych i t. p. Do zdjecia opatrunku przed wskazanym terminem skłonić nas może tylko ważny jaki powód.

Umiarkowane wypuklenie się skóry swobodnej powierzchni kolana przez otwór w opatrunku, zawsze prawie następuje bez żadnych złych następstw, i nie powinno nas skłaniać do usunięcia go przez nałożenie opaski, gdyż do tego potrzebne jest unoszenie chorej kończyny, czego jak najstaranniej i jak najdłużej unikać należy.

Jeżeli jednak część kolanowa silnie się wypukla, jeżeli występuje nagle a silne jej obrzmienie, jeżeli gwałtowny ból w pewnym ograniczonym miejscu, z rozwojem następnym objawów ogólnych, każe się domyślać że w miejscu tem nastąpiło ropienie, a jeżeli przez proste rozszerzenie okien opatrunku, do miejsca tego dostać się nie można, nie pozostaje nic innego jak zdjecie opatrunku. Zdjecie to koniecznym jest i w tych razach, gdy opatrunek został tak dalece uszkodzonym, iż nie daje rękojmi unieruchomienia kończyny. Autor skutecznie je albo za pomoca właściwych do tego noży, albo za pomoca zwyczajnego kuchennego noża. Przy powtórném nakładaniu, radzi posadzić chorego na wysokim stole i zachloroformować.

Chociażby kończyna wcześniej już wydawała się dostatecznie mocną, długo jeszcze nie należy zostawiać jej bez opatrunku gipsowego, lub innego stosownego przyrządu do unieruchomienia kolana, jednakże jak można najwcześniejsz dozwolnić choremu przechadzać się.

Każdy nowo tworzący się ropień natychmiast należy otwierać.

Kończąc swe uwagi, autor przyznaje bezwzględną wyższość opatrunku gipsowego nad wszelkimi innymi przyrządami unieruchamiającymi, i objawia nadzieję, że przy ogólném jego rozpowszechnieniu i bezwzględnym spokoju operowanych kończyn, wypadki wypilowań kolana okażą się daleko lepszymi niz dotychczas, tak pod względem śmiertelności jak i używalności operowanych kończyn.

## KORRESPONDENCYA.

*Solec, d. 26 czerwca 1871 r.*

Tegoroczny sezon kąpielowy w Solcu bardzo się spóźnił. Mocne zimna i ciągłe deszcze wstrzymywały każdego od wcześniejszego przybycia. Nic też dziwnego że pierwsza familia przybyła dopiero 10 czerwca. Po dzień zaś dzisiejszy przybyło ogółem familii 38, razem złożonych z osób 51; między niemi znajduje się osób używających kuracyi 40, mianowicie osób dorosłych 31 i dzieci 9.—Z form chorobnych znajdujemy: gościec stawowy 12 wypadków, dnę 3 wypadki, zolży 12 wypadków, wysypki skórne (*ekcema, psoriasis*) 4 wypadki, porażenia 2 wypadki, przekrwienia przewlekłe trzewiów brzusznych 4 wypadki, choroby nerwowe (nadczułość, nerwobóle) 3 wypadki.

W dniu 23 czerwca został otwarty tutejszy szpital urządzony na 20 łózek; w ciągu tych 3-ich dni przybyło do niego mężczyzn 12, kobiet 2, dzieci 4.

Z ulepszeń zaprowadzonych w zakładzie wód mineralnych w Solcu w roku bieżącym, zasługują na szczególną wzmiankę:

1. Zamknięcie rezerwoarów. Dotychczas źródło wody mineralnej komunikowało za pomocą rury drewnianej z rezerwoarem, w którym zbierał się nadmiar wody napływającej ze źródła w ciągu miesięcy zimowych. Woda ta w skutek zetknięcia się z powietrzem, jak wykazywał rozbiór chemiczny dokonany przez prof. *W a w n i k i e w i c z a*, jest nieco słabszą, jak czerpana bezpośrednio z samego źródła. Z początku zatem sezonu w poprzednich latach woda bywała słabszą jak od połowy sezonu, gdy ów nadmiar został już wyczerpanym; dla niektórych osób mogło być korzystnym, że rozpoczynali z początku kurację wodą słabszą, a kończyli ją mocniejszą; lecz w większej liczbie wypadków takie stopniowanie nie było koniecznym, z tego też powodu na moje przedstawienie rura komunikacyjna została zamknięta w d. 12 czerwca i w tym roku po raz pierwszy chorzy od samego początku będą mieli wodę wypływającą wprost z samego źródła, bez mieszania się jej z wodą nagromadzoną w rezerwoarze.

2. Został gruntownie naprawionym wodociąg prowadzący wodę słodką. Solec bowiem oprócz studzien miejscowych, w których woda mniej jest dobrą, posiada jeszcze wodę źródlaną sprowadzoną ze Zborowa o 2 wiorsty odległego od Solca za pomocą rur drewnianych. Rury te w roku zeszłym, jako dawne, źle funkcyonowały, dla tego też w tym roku zostały zastąpione nowemi.

3. Została wprowadzona w numerach pościel. Same zaś mieszkania zostały odnowione i opatrzone we wszystko, co może służyć do udogodnienia pobytu chorych.

4. Zaprowadzony został stały bieg omnibusów pocztowych od Piotrkowa do Kielc i od Kielc do Stopnicy, z kąd wszystkiego mała mila drogi po szosie pierwszego rzędu prowadzi do samego Solca.

Dr. *Wyrykowski*, lekarz zdrojowy w Solcu.

### Wiadomości bieżące.

— Wydział lekarski Ces. Uniwersytetu Warszawskiego na posiedzeniu w d. 28 z. m. przyznał stopnie lekarzy medycyny pp: *D r o z d o w s k i e m u Adamowi*, *F a b i a n o w i Alexandrowi (cum eximia laude)*, *G u r b s k i e m u Kazimierzowi*, *J o n s c h e r o w i Karolowi*, *K u b i c k i e m u Władysławowi*, *K u r c y u s z o w i Alexemu*, *N o w i ń s k i e m u Napoleonowi (cum eximia laude)*, *O l e c h n o w i e z o w i Władysławowi (cum eximia laude)*, *R a j k o w s k i e m u Franciszkowi*, *S a w i c k i e m u Anastazemu (cum eximia laude)*, *S i e j a n o w s k i e m u Władysławowi (cum eximia laude)*, *S t a n i s z e w s k i e m u Wiktorowi*, *S t o c k m a n n o w i Alexandrowi (cum eximia laude)*, *Ś w i a t k o w s k i e m u Michałowi*, *V o g d t o w i Stanisławowi*, *W o l s k i e m u Bronisławowi*.

— Na miejsce niedawno zmarłego prof. *G r a f e* w Berlinie, powołanym został prof. *S c h w e i g g e r* z Getyngi.

— Według źródeł urzędowych, całkowita strata armij niemieckich w czasie ostatniej wojny francuzko-pruskiej wynosi 119,000 osób (w umarłych, ranionych i zaginionych).

---

Redaktor i wydawca Prof. Dr. *G i r s z t o w t*.

---

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.