

GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH,
FARMACYI I WETERYNARYI.

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

Cena Biblioteki Umiejętności Lekarskich. W Redakcyi półrocznie (od 1 lipca 1875 do 1 stycznia 1876) rsr. 10; od początku wydawnictwa do 1 stycznia 1876 r. rsr. 168 (z przesyłką).

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

TREŚĆ: Postrzeżenia z praktyki lekarskiej. Słoniowacizna wargi sromnej większej prawej (*elephantiasis labii pudendi majoris dextri*). Podał Dr Kazimierz Gurbki, lekarz szpitala starozakonnych w Płocku.—Rozprawy naukowe. Epidemiczne zapalenie opon mózgo-rdzeniowych (*meningitis cerebro-spinalis epidemica*). Przez prof. v. Ziemssen'a.—Kronika zagraniczna. Historyczno-krytyczne uwagi nad nauką o leczeniu ran. Przez Dra R. U. Krönlein, Assystenta królewskiej uniwersyteckiej kliniki chirurgicznej w Berlinie. Przyczynek do nauki o słoniowaciznie (*elephantiasis arabum*) pod względem terapeutycznym i patologicznym. Przez Dra Wernher'a w Giessen (dalszy ciąg).—Wiadomości bieżące. Leczenie załupka (*paraphimosis*) za pomocą elastycznej opaski. Kwas salicylowy w położnictwie. Podskórne wstrzykiwanie środków odprowadzających. Śnieg jako środek czyszczący rany i zatrzymujący krew przy ranach powstałych przy operacyi. O zapalnym brodawkowcu (*papilloma*) skóry.—Dodatek. Medycyny sądowej, T. II, ark. 46 i 47.—Wody Mineralne—dodatek XI.

Słoniowacizna wargi sromnej większej prawej.

(*Elephantiasis labii pudendi majoris dextri*).

Podał Dr Kazimierz Gurbki, lekarz szpitala starozakonnych w Płocku.

R. T., wdowa po rabinie, z osady Raciaża, licząca lat 70 wieku, przybywszy do szpitala przedstawiła nam guz prawą wargę sromną większą zajmujący, wielkości pięści silnie zbudowanego dorosłego mężczyzny, konsystencyi niejednolitej, w jednych miejscach twardszej, w drugich miększej, na powierzchni usiany rozmaitej wielkości gruzłami. Oprócz tego na powierzchni guza widać liczne szczeliny i owrzodzenia, jedne pokryte bujającą ziarniną, inne zaś z brzegami ostro uciętymi, dnem brudnym i sadłowatym, widocznie wydzielające ciecz gryzącą, gdyż miejsca jej spływania są obnażone z naskórka i owrzodzone. Gruczoły limfatyczne pachwinowe i udowe stron obudwóch zupełnie prawidłowej wielkości. Odżywianie chorój, bacząc na jej wiek, doskonałe; tkanki tłuszczowej dostatek, mięśnie dobrze rozwinięte, skóra na twarzy unaczyniona, stan przewodu pokarmowego i płuc nie pozostawia nic do życzenia. Jednem

słowem, chora przedstawiła się nam w tym stanie czerstwości starczej, z którą rzadko i to tylko po większej części na wsi się spotykamy. Chora opowiada, że temu lat ze trzy jak zauważyła na wardze sromnej prawej guziczek wielkości laskowego orzecha, niebolesny, dosyć twardy, który ciągle rosnąc, doszedł do wielkości, jaką teraz posiada. Niejednokrotnie w czasie wzrastania guza, chora uczuwała wielką bolesność sromu, skóra była wtedy nieco zaczerwieniona, a jak chora powiada i spuchnięta. Ponieważ jednak objawy te same przejmowały, zatem chora żadnej rady nie zasięgała. Dzisiaj dolegliwości tych nie doznaje, za to chodzenie bardzo jest utrudnione, mocz nie oddaje tak swobodnie jak dawniej, najwięcej jednak, jak twierdzi, przeraża ją wrzodzenie guza. Przez ciąg życia żadnych ciężkich chorób nie przechodziła, urodziła ośmioro zdrowych dzieci, wszystkie porody były czasowe i odbyły się bez pomocy sztuki.

Bacząc na umiejscowienie guza, jego przebieg od początku wzrastania, niezajęcie sąsiednich gruczołów limfatycznych, dobry stan ogólny chorój, łatwo rozpoznamy słoniowaciznę (*elephantiasis arabum*). Z opowiadania chorój dowiedzieliśmy się, że w początkach cierpienia kilka razy pojawiła się róża, było więc pierwszy okres cierpienia, tak zwany okres różowy (*stadium erysipelatosum*): czy i naczynia limfatyczne sąsiednie były wtedy powiększone i bolesne, tego chora wcale nie pamięta. Następnie słoniowacizna przeszła w okres bujania tkanki łącznej (*stadium hyperplasticum*), gdyż przy wejściu chorój do szpitala mieliśmy do czynienia ze sprawą już w okresie wrzodzenia (*stadium ulcerosum*), na powierzchni bowiem guza oprócz rozmaitych szczelin, jak to już wyżej wspomnieliśmy, rozsiane były tu i owdzie rozmaitej wielkości owrzodzenia, niektóre nawet charakterem swym do wilka (*lupus*) podobne. Z owrzodzeniami podobnymi przy słoniowaciznie warg sromnych nie tak często się spotykamy; Mayer ¹⁾ powiada, że owrzodzenia nie są częste i nie głębokie, mają brzegi twarde, nierówne i wygryzione, a dno brudne lub sadłowate. wydzielają ciecz gryzącą, kleistą i cuchnącą.

Mając na uwadze dobre odżywianie i czerstwy wygląd chorój, nie pozostawało nic innego, jak przystąpić do oddalenia guza drogą operacyi, na co chora chętnie się zgodziła. Przy łaskawie udzielonej mi pomocy Dra Szukiewicza, po zachloroformowaniu chorój i odpowiedniemu jej ułożeniu na stole operacyjnym, przystąpiłem do operacyi. Pierwsze cięcie eliptyczne poprowadziłem na zewnątrz od wargi (*labium majus*), t. j. od wierzchołka wzgórka łonowego, resp. guza, do jego podstawy dla przecięcia skóry i tkanki łącznej podskórnej, drugie cięcie na wewnątrz od pierwszego i do niego podobne, ochraniając błonę śluzową samej wargi; trzecie cięcie poprowadzone poziomo od góry ku dołowi posłużyło do oddalenia całego guza od tkanki zdrowej. Krwawienie tętnicze było dość obfite. Gałązki gałęzi dolnej tętnicy sromnej zewnętrznej (*arteria pudenda externa subaponeurotica s. labialis pudendi an-*

¹⁾ Die Elephantiasis Arabum vulvae. Beitr. der Gesel. d. Geburtsh. in Berlin. I. 3. pg. 362—402. 1872.

terior) były znacznie rozszerzone, podwiązano ich sześć. Ranę wypełniono skubanką, napojoną w roztworze kwasu karbolowego. Stan ogólny chorób przez cały ciąg operacyi, jak również i po takowej był zadawalniający.

Guz ważył funt jeden ¹⁾. Powierzchnia rozkroju guza była barwy szaro-perłowej, w niektórych miejscach konsystencyi nawet dosyć twardej. Oprócz tego na powierzchni, w mowie będącej, zauważano cztery worki torbielowate (*cystae*) wielkości rozmaitej, od wielkości orzecha włoskiego do laskowego; oprócz tego było jeszcze kilka mniejszych. Z woreczków sączył się płyn przejrzysty, ścinający się. Pod drobnowidzem zauważyliśmy przerośnięte brodawki skórne i znacznie zgrubiałą warstwę siatkowatą skóry.

W naszym klimacie słońowatość warg sromnych jest rzadką i rzadko dochodzi większych rozmiarów; w krajach gorących rzecz się ma przeciwnie. Peixoto ²⁾ przesłał Cesarskiej Akademii lekarskiej w Paryżu sprawozdanie z 4 wypadków słońowacizny warg sromnych postrzeganych w Rio-Janeiro, w których guzy ważyły po 14 i 16 funtów. W literaturze spotykamy się także z opisami sprawy w mowie będącej, podanemi przez kilku lekarzy europejskich: Talrich ³⁾, Clot ⁴⁾ i Green ⁵⁾ operowali przerodzone wargi sromne, których wielkość dochodziła głowy noworodka. Rapatel ⁶⁾ odciał podobnie przerodzoną wargę, wagi 17 funtów. Słońowacizna wargi operowana przez Tansini'ego ⁷⁾ ważyła 1½ kilogramma; ze znanych wypadków w ostatnich czasach doszła największej wielkości przerodzona wargę, operowana przez Jayakar'a ⁸⁾, ważyła bowiem 19 funtów. U nas spostrzeżenia o elefantyatyicznym przerodzeniu warg podali prof. Neugebauer ⁹⁾, i Krajewski ¹⁰⁾, w ostatnim wypadku przerodzona wargę ważyła 8 funtów. W jednym wypadku operowanym przez prof. Neugebaura, kobieta miała lat 25, przez Krajewskiego 35, przez Tansini'ego 30, zatem słońowacizna rozwinęła się w okresie zupełnej dojrzałości, w wypadku zaś przezemnie postrzaganym już w okresie wieku schyłkowego. Fakt ten notuję dla statystyki słońowacizny w ogóle. W 32 wypadkach słońowacizny kończyn dolnych, postrzeganych przez rozmaitych chirurgów, a zebranych przez Wernher'a ¹¹⁾, wiek najmłodszego osobnika wynosi lat 17, najstarszego 58.

¹⁾ Preparat zachowany w spirytusie jest do obejrzenia na miejscu.

²⁾ *Révue de thérapeutique médico-chirurgicale*. T. XII, 1854, pg. 188.

³⁾ *Delpech*, *Clin. chir.* T. I.

⁴⁾ *Journal hebdomadaire* 1835. T. II pg. 298.

⁵⁾ *The medical journal of science*. 1833.

⁶⁾ *Journal de conaiss. méd.* T. III, pg. 230.

⁷⁾ *Elephantiasi del grando labro sinistro della vulva*. *Gaz. med. ital. lombard.* N. 3. 1870.

⁸⁾ *Elephantiasis of the labia*. *Med. Times*. Jan. 1871.

⁹⁾ *Gaz. Lek.* T. VIII, pg. 609. 1870 i T. XI, pg. 5, 1871.

¹⁰⁾ *Gaz. Lek.* T. XI, pg. 1. 1871.

¹¹⁾ *Beiträge zur Kenntniss der Elephantiasis arabum, besonders in therapeutischer und pathologischer Beziehung*. *Deut. Zeit. f. Chir.* Bd. V. H. 4 i 5. pg. 398—405.

U nas słońowacizna części płciowych nie dosięga tak znacznych rozmiarów; kolosalnej wielkości, bo wagi centnara dochodzą moszna, szczególnie w Egipcie. Owa potworna wielkość dała powód do następującej anegdoty, którą przytacza Wernher ¹⁾: Mohammed Effendi Ali Ekbali, lekarz z Kairu, odciał słońowato przerodzoną mosznę, ważącą przeszło 100 funtów, tak że chory mógł pieszo wrócić do domu. Odjeżdżając rzekł do lekarza: „O Mohammedzie Ali Effendi! jestem ci wdzięczny na wieki, wyświadczyłeś mi dobrodziejstwo, którego nigdy nie zapomnę, jeden Bóg może cię tylko nagrodzić. Mogę dla ciebie błagać tylko błogosławieństwa Allaha, gdyż prorok mówi: jeżeli ci kto wyświadczył dobrodziejstwo, staraj się go za nie wynagrodzić, a jeżeli tego nie jesteś w stanie uczynić, to módl się za niego. Wprawdzie o Ali Effendi uwolniłeś mnie od złego, ale za to naraziłeś mnie na inne niebezpieczeństwo, t. j. na utopienie; jadąc z domu chciałem z okrętu napełnić naczynie wodą nilową, a skoro tylko się nachyliłem, wpadłem w wodę. Mój guz pozostał jednak na okręcie i tak długo na nim wisiałem, dopóki majtkowie nie zdołali mnie wyratować. Cóż mnie teraz ocali, gdy wpadnę w wodę?”

Na drugi i trzeci dzień po operacji chora czuła się dobrze, czwartego dnia wieczorem pojawiły się dreszcze z następczemi obfitemi potami; wygląd rany był zupełnie prawidłowy. Odtąd sprawa zabliznienia postępowała bez przerwy i chora po 29 dniach od operacji, jako zupełnie zdrowa, została wypisaną ze szpitala. Obecnie jest przeszło rok od operacji, a staruszka cieszy się jak najlepszym zdrowiem, jak mnie chorzy przyjeżdżający z Raciaża zapewnili.

Epidemiczne zapalenie opon mózgo-rdzeniowych.

Meningitis cerebro-spinalis epidemica.

Przez prof. v. Ziemssen'a.

Pod nazwiskiem epidemicznego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych rozumiemy zapalenie rozlane ostre opony naczyniowej (*pia mater*) mózgu i rdzenia z wysiękiem włóknikowo-ropnym. Zapalenie to zalicza się do chorób zakaźnych z powodu swego występowania w kształcie epidemii, ze względu na sposób, w jaki się rozszerza i ze względu na przebieg choroby i zmiany anatomiczne.

Ztąd cierpienie to odłączamy od chorób rdzenia i opisujemy je przy chorobach zakaźnych. Zalicza się ono naturalnie, jakto już Hirsch zauważył, do takich zakażeń, które podobnie jak dyzenterya umiejscawiają się w pewnej tkance lub w pewnym organie ciała.

Choroba ta posiada bardzo wiele synonimów, a mianowicie: *Typhus cerebrospinalis*, *Typhus cerebralis*, *apoplecticus*. *Fièvre cérébrale*, *Phrénésie*,

Cephalalgie épidémique, Méningite cérébro-rhachidienne, Méningite purulente épidémique (Francya). *Spotted fever, congestive fever* (Ameryka Północna). *Febbre soporoso-convulsiva, Tifo apoplettico-tetanico, Torticollo* (Włochy). *Nacksjucka, Dragsjucka* (Szwecya). *Genickkrampf, Genickstarre, Hirnseuche* (Niemcy).

Rozmaitość nazw tłumaczy się w części niezmierną odmiennością obrazów choroby, pod jakimi się ona przedstawiała w rozmaitych epidemiach, w części zaś bardzo słabą przed 10 latami znajomością zmian anatomicznych.

H i s t o r y a. Dokładne poznanie téj choroby zawdzięczamy dopiero ostatnim dziesiątkom lat, w ciągu których przybierała rozmiary obszernych epidemij, a ztąd stała się przedmiotem ściślejszych badań tak klinicznych i anatomicznych, jak i etiologicznych.

Niewątpliwe wiadomości o jéj egzystencji odnoszą się do początku bieżącego wieku. Jest bardzo prawdopodobném, iż występowała ona już w wiekach poprzednich, lecz na pewno tego dowieść nie możemy, jak tego z wielką ścisłością i przezornością dowiódł Hirsch w swojej patologii historyczno-geograficznej. Z tego powodu opuszczamy tutaj twierdzenia niektórych, zwłaszcza francuzkich autorów odnośnie występowania choroby w wiekach dawniejszych, a nawet w starożytności,—i zaczynamy od opisu małych i ograniczonych epidemij, które pojawiały się w początku bieżącego wieku na widowni stałego ładu Europy.

Pierwsza epidemia panowała w Genewie od lutego do kwietnia 1805 r. *). Potém pojawiły się epidemie w Grenobli (1814), Vesoul'u (1822) i jedna epidemia w niemieckiej miejscowości Dorsten w Lippe (1823). W Grenobli nawiedziła prawie wyłącznie garnizon, w Vesoul zaś więcej ludność cywilną. Choroba panująca w Dorsten w zimie w 1822/23 roku, była rozpoznana przez Si bergundi'ego jako „zapalenie rdzenia, powikłane nieraz z zapaleniem mózgu;“ jednakże ogół opisanych objawów przemawia wyraźnie za zapaleniem opon mózgowodzeniowych, jak to świeżo wykazali najlepsi autorowie, a szczególnie Häser **).

Po dłuższej przerwie choroba wystąpiła w 1837 roku we Francyi w kształcie epidemii, a mianowicie w Bayonnie, Bordeaux, La Rochelle i w innych miejscowościach. W następnych latach pojawiła się w Wersalu, poczem szeroko się rozprzestrzeniła we Francyi północno-wschodniej i północno-zachodniej. W wielu miejscowościach i w wielu latach choroba w dziwny sposób ograniczała się tylko do koszar i jak się zdaje, do wielu miejscowości została przeniesioną skutkiem marszów wojskowych. Paryż był nawiedzony tylko mimochodem. Z rokiem 1849 choroba ta zniknęła we Francyi.

Prawie jednocześnie z silnem panowaniem we Francyi, zaraza ta wystąpiła we Włoszech i panowała tam od 1839 aż do wiosny 1845 r. Nadto od

*) *Viensseux, l. c.*

***) *Gechichte der epidem. Krankheiten. 2 wydanie, str. 691.*

1839 do 1847 r. grasowała w Algierze, przeważnie w miejscowościach środkowych i wschodnich.

W Hiszpanii pojawiła się na krótko w 1844 r. w Gibraltarze. W Danii była w latach 1845—1848, w Wielkiej Brytanii w 1846 i to przeważnie w Irlandyi, lecz pojawiała się i w Anglii (Liverpool).

Po kilkoletniej przerwie pojawiła się ta choroba w 1854 r. w Szwecyi południowej i południowo-zachodniej.

W żadnej epidemii zapalenie opon epidemiczne nie przedstawia takiej złośliwości, prawidłowości i uporności w rozszerzaniu się co w Szwecyi. W ciągu siedmiu lat epidemia nawiedziła 18 większych miast szwedzkich (z 24) i zabrała razem 4138 ludzi. Z tej ogromnej liczby śmiertelności można wnioskować o ogólnej liczbie wypadków choroby. Stosunek wypadków śmierci do wypadków zachorowania wynosił w niektórych okolicach 66,6 pct., chociaż w ogóle nie był tak znacznym. Najwyższym punktem do jakiego w Szwecyi dosięgła choroba był Sundewal, położony pod 63 stopniem szerokości północnej.

W Norwegii pojawiła się w latach 1859 i 1860, w Hollandyi w zimie 1860/61 r. na czas krótki.

W Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej pojawiła się w 1842 r. w formie silnej epidemii; objęła przy większych przerwach bardzo znaczną część Stanów i panowała najsilniej podczas wojny domowej.

W ostatnich latach pojawia się także w Kanadzie (1870) i utrzymuje się w Stanach Zjednoczonych w części sporadycznie, w części w postaci małych epidemij—aż do dni obecnych.

Niemcy ujrzaly nowego gościa, jakto już wspomnieliśmy, najprzód w Westfalii w zimie 1822/23 r. (Sibergundi), następnie zaś w r. 1851 w Würzburgu (v. Rinecher). Inne pomniejsze epidemie złośliwych „zapaleń mózgowych“, jakie spostrzegano w Niemczech południowych i środkowych w trzydziestych i czterdziestych latach, również może należą do choroby opisywanej.

Poważniejsze i dłuższe jej panowanie zaczyna się dopiero z 1863 rokiem. Pojawia się ona najprzód na Śląsku, w Poznaniu i Pomeranii, w 1864 r. dosięga do Mark i w tym samym czasie występuje w Hanowerze i Brunszwiku, jako też w Saksonii (Lipsk) i Turyngii (Eisenach). W żadnym jednakże miejscu, z wyjątkiem chyba Bydgoszczy, choroba nie przybierała charakteru zbyt silnej epidemii.

Przeciwnie, daleko większe rozmiary choroba ta przybrała w Niemczech południowych, gdzie była najprzód przezemuie spostrzeżoną w początku lipca 1864 r. w Erlangen. Prawdopodobnie początek choroby należy odnieść do czasów jeszcze wcześniejszych, gdyż już w zimie 1862/63 r. w poliklinice w Erlangen robiono sekcję w pięciu wypadkach zapalenia opon mózgowych ropnego—o czem Immermann i Heller wspominają.

Prawie jednocześnie choroba ta pojawiła się w Norymberdze i w r. 1865 przybrała bardzo znaczne rozmiary w środkowej, górnej i dolnej Frankonii. Dalej ku południowi epidemia nieznacznie się rozszerzyła do Monachium, Lands-

hut i Augsburga. W zimie 1864/65 r. zajęła także Baden i Hessa. W Austrii zapalenie opon występowało tylko w niewielkich i rozrzuconych epidemiach, a mianowicie w Wiedniu 1865, w Pola 1866, w Lissie i Tryście 1867 r. Rossya widziała chorobę również tylko w postaci małych epidemij, które nawiedziły głównie Petersburg w 1864—68 r. W początku 1868 r. widziano ją także w Krymie. Z Turcyi, Grecyi i Azyi Małej posiadamy wiadomości o małych i łagodnych epidemiach w latach 1868—1872, jako to z Nauplii (1868/69), Smyrny (1870), Jerozolimy (1872). W Niemczech tu i owdzie pojawiają się do lat ostatnich ślady téj choroby, jakoto 1871 r. w Berlinie, Bonn, Norymberdze *), Fürth, Monachium, Badenie, w 1872 r. w Wiedniu, 1873 r. ślady téj choroby w środkowej Frankonii, z których niektóre wypadki ja sam widziałem, jakoteż w górnej Bawaryi (Monachium). Jak się zdaje, choroba ta umiejscowiła się w Niemczech.

P r z y c z y n y. Chociaż ostatnie 20 lat dostarczyły wszędzie bogatego materiału do badań nad zapaleniem opon epidemiczném; chociaż dalej wszystkie momenty, jakie mogły mieć wpływ na powstawanie i rozszerzenie się téj choroby, były badane w najrozmaitszych miejscowościach i po części z wielką starannością, to jednakże znajdujemy się ciągle jeszcze w zupełnej niewiadomości co do właściwego źródła choroby. Wyrażenie *Chauffard'a* **), który opisując w 1840 r. epidemię w Avignon, powiedział: „L'étiologie de cette affection est restée enveleppée d'ombres impénétrables“—zachowuje dotąd swoją ważność. Wprawdzie w nowszych czasach doszliśmy w pewnych punktach do rezultatów pozytywnych, lecz w najważniejszych kwestyach etiologicznych brakuje nam zupełnie czystej prawdy i światła.

Kwestya czy zapalenie opon jest chorobą zakaźną, nie jest już dzisiaj zaprzeczoną przez żadnego poważnego uczonego. Jakkolwiek z pierwszego wejrzenia najwięcej wpada nam w oczy proces zapalno-wysiękowy i jakkolwiek zdanie uważające cały proces za proste zapalenie, najwięcej się nam narzuca pod uwagę,—to jednakże bliższe rozpatrzenie dowodzi niesłuszności tego zdania.

Już epidemiczne rozszerzenie się choroby, przed kilkoma dziesiątkami lat niezmiernie rzadko w formie sporadycznej spostrzeganéj,—na całe grupy ludności, na szerokie pasy ziemi, a nawet na wielką część obu lądów stałych; nagłe lub powolne szerzenie się; jednostajność objawów i zmian anatomicznych w wypadkach najłżejszych, średnich i najcięższych; stałe występowanie zaburzeń, jakie napotykamy mniej więcej przy wszystkich chorobach zakaźnych, jakoto: wysypka, obrzmienie śledziony, zmiany we krwi, przeistoczenie w mięśniach; nakoniec szybkość przebiegu choroby od jéj początku do śmierci, która w czasie

*) W Norymberdze pojawiła się mała epidemia w miesiącach marcu do września (włącznie), z liczbą wypadków 1, 3, 13, 9, 3, 1, 3 w kolejnych miesiącach (*Maurer*, l. c.).

**) *Revue médic.* 1842. Mai, przytocz. przez *Hirsch'a*, *Monographie* st. 137.

złośliwych epidemij może w kilka godzin nastąpić i która nie znajduje odpowiedniego wytłumaczenia w zmianach anatomicznych, lecz tylko w podobieństwie do najcięższych chorób zakaźnych; — wszystko to razem wzięte zniewala nas do uważania téj choroby za chorobę zakaźną.

Nasuwa się naturalnie pytanie, czy ogół wszystkich momentów pozwala na przyjęcie zupełnej tożsamości lub pokrewieństwa zapalenia opon z innymi chorobami zakaźnymi. Pytanie to w ten sposób rozstrzygnęli lekarze angielscy, amerykańscy, włoscy i wielu francuzkich, iż uważają zapalenie opon za cierpienie tyfusowe, za chorobę jednoznaczną lub bardzo pokrewną z tyfusem wysypkowym, czyli za t. zw. tyfus mózgowy *). Lecz krytyczny rozbiór téj kwestyi, uskuteczniiony przez lekarzy niemieckich, zwłaszcza przez Hirsch'a **), wykazał niesłuszność podobnego mniemania. Hirsch słuszną robi uwagę, że węzeł skupiający grupy chorób tyfusowych w jedno pojęcie jest w ogóle bardzo luźny, — i że tém słabszą posiadamy zasadę do zaliczania do téj grupy zapalenia opon epidemicznego, skoro wiemy, iż choroba ta, oprócz całkiem ciemnej swój strony patogenetycznej, pod względem anatomicznym i symptomatologicznym przedstawia zaledwie jeden moment, który odpowiada owemu szerokiemu i elastycznemu pojęciu „tyfusu“.

Cierpienie systematu limfatycznego, śledziony, błony śluzowej oskrzeli nie występuje bynajmniej przy zapaleniu opon w sposób wydatny lub stały, a nawet zajęcie skóry z powodu różnorodnego i niestałego tworzenia się wysypki, nie dostarcza wcale dowodu na uważanie choroby téj za zupełnie odpowiadającą tyfusowi brzuszemu lub wysypkowemu. Pod względem klinicznym pilne poszukiwania ostatniego dziesiątka lat nad zachowywaniem się gorączki, nad objawami mózgowymi, nad brakiem przebiegu typowego i t. d. — wykazały całą odmienność obrazu chorobowego w zapaleniu opon i tyfusach.

(Dalszy ciąg nastąpi.).

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

Historyczno-krytyczne uwagi nad nauką o leczeniu ran.

Przez Dra R. U. Krönlein, Assystenta królewskiej uniwersyteckiej kliniki chirurg. w Berlinie.

(Dokończenie).

Zasługę zwrócenia na nowo uwagi na gojenie się ran pod strupem mają Volkman n¹⁾ i Trendelenburg²⁾ przez swe prace nad tem ostatniem.

*) Ztąd wyrażenie Spotted fever, tifo apoplettico etc.

***) l. c. str. 145.

1) loc. cit. pg. 455.

2) a. a. O.

Oprócz pomienionych w krótkości usiłowań dla otrzymania pośredniego zabliznienia bez ropienia przy pomocy zupełnego oddzielenia od wpływu powietrza (*Occlusion*) ran, które się do bezpośredniego i prędkiego zagojenia nie nadają, znalazły także uwzględnienie nauki v. Kerna i Filipa v. Walther, podług których takie rany powinny być o ile można pozostawiane bez opatrunku. Niepomyślnie skutki przy stosowaniu większej części metod okkluzyjnych otrzymane, dostarczały zwolennikom temu uproszczonemu postępowaniu z ranami. Zadawano sobie pytanie, na co właściwie się przyda opatrunek przy ranach, w których bezpośrednio zagojenie się nie udało, jeżeli ten nie zdołał dostępu powietrza a tem samem i ropienie powstrzymać; i musiano przyznać, że w podobnych razach byłoby nierozsądnem cuchnącą ropę jako skarb kosztowny zatrzymywać i pod kluczem przechowywać ją. I tak, z wielu opatrunków, które skarb ten zachowywać miały, jeden za drugim upadał; wielodzielne bandaże i sztucznie wyrobione kompresy ze sal szpitalnych powoli przenosiły się jako okazy gabinetowe do zbiorów narzędzi chirurgicznych, i zapotrzebowanie roczne szarpi, które poprzednio w pewnych szpitalach na centnary się liczyło, zmniejszyło się do kilku funtów, jak mówi C. v. Tector o t. zw. Juliusspital w Würzburgu ¹⁾.

Od podobnego uproszczenia opatrunku chirurgicznego pozostawał jeden krok tylko do zupełnego wyrzeczenia się każdego środka pokrywającego ranę. Tylko mała liczba chirurgów (Bartscher, Veizin, Burow), jak o tém już mówiłem ²⁾, krok ten uczyniła i ma zasługę podniesienia tego uproszczonego sposobu postępowania do godności metody (*offene Wundbehandlung*), a dopiero w najnowszych czasach coraz więcej chirurgów do tego postępowania się dołączało. Zwolennicy ci odkrytego postępowania z raną, oprócz tego iż powtarzali przeciwko opatrunkom też same zarzuty, co niegdyś v. Kern i v. Walther, wykazali także pomyslny wpływ świeżego prądu powietrza na ropiejącą ranę, kładli nacisk na silne przeciwnie działanie tegoż i starali się przy pomocy dotychczas nieużywanej statystyki pokazać, że podczas konsekwentnego przeprowadzenia tego sposobu postępowania rezultaty leczenia stały się znacznie lepszymi.

Szkic więc nasz aż do najnowszych czasów doprowadziliśmy i jest naszym obowiązkiem wspomnieć w tém miejscu o mężu, który, zdaje się, leczenie ran w sposób stanowiący epokę przekształcił,—mamy na myśli Lister'a.

Zanim Lister ze swą metodą t. zw. *antiseptic treatment* wystąpił, panował, jak wiemy, pogląd, że dostęp powietrza powoduje ropienie; temu to właśnie poglądowi i chęci uniknięcia ropienia zawdzięczają swe pochodzenie rozmaite metody okkluzyjne. Zupełnie jednak było nierozjaśnionem, jaka część składowa powietrza odegrywa przytem główną albo wyłączną rolę, czy jeden z jój gazów np. jak niektórzy chcieli ³⁾ tlen, z czem i w ostatnich czasach się odzywano ⁴⁾, czy też jakaś bardziej przypadkowa domieszka. Dopiero Lister bliżej sobie objaśnił tę okoliczność, że przy Hunterowskim gojeniu się pod strupem brak ropienia. Podług jego teorii przyczyna ropienia przy odkrytych ranach zależała od gnicia ich wydzieliny, które znowu podług Pasteur'a było uwarunkowanem składowymi częściami powietrza, zawieszonemi w niem w kształcie kurzu, ponieważ zaś suchy strup utrzymywał te ostatnie zdala od rany, więc tém samem zapobiegał rozkładowi i ropieniu. Gdyby owa teoria okazała się prawdziwą i gdyby można zniszczyć wpływ tych części szkodliwych na rany, byłaby zarazem rozwiązana zagadka, którą się od czasów Huntera zajmowano, i która polegała na tém, żeby nie tylko pojedyncze i małe, ale także liczne i większe rany, które się do bezpośredniego zagojenia nie nadawały, można była zabliznić pośrednio a jednak bez ropienia.

Ten, który bezstronnie rozbiiera następstwa, jakie w tym kierunku postępowanie Listera w jego własnym ręku, jako też w rękach licznych jego następców wydało,

1) Archiv f. klin. Chirur. Bd. XV. S. 455 ff.

2) Deutsche Klinik N. 41. 1850.

3) Patrz Krönlein, Die offene Wundbehandlung nach Erfahrungen aus der chirurg. Klinik zu Zürich. Zürich 1872.

4) Porów. Stromeyer, Maximen der Kriegsheilkunst 2 Aufl. 1861. S. 183.

5) Porów. R. T. Manson, Britisch med. Journ. Oct. 15. 1870.

musi przyznać, iż Lister jest bardzo bliskim rozwiązaniu powyższej zagadki, i że tém samém silnie poparł własną teorię o ropieniu, jako też teorię Pasteur'a o gnicciu.

Zasluga przeto jaką sobie Lister zyskał, tak w stosunku do kwestyi leczenia ran, jak i w stosunku do chirurgii ogólnej nigdy nie straci na swój wartości.

Oczywiście, że z punktu czysto naukowego można najzupełniej uznawać zasługę znakomitego chirurga Edynburskiego, a jednak być tego zdania, że pomimo to kwestya praktycznej ważności opatrunku Listera rozwiązana jeszcze nie jest i wymaga oddzielnego rozstrzygnięcia. Zdaje mi się, że te dwa punkta, czysto naukowy i specjalnie praktyczny, nie zawsze były dostatecznie uwzględniane w rozprawach nad opatrunkiem Listera.

A priori zdaje się słusznem, że lepiej jest dla ранego, jeżeli jego rana ulega zagojeniu bezpośrednio, prędkiemu, aniżeli pośredniemu i powolnemu; i że w tym ostatnim razie zagojenie bez ropienia lepszem jest od połączonego z ropieniem. Mówimy, zdaje się, aby tém dać poznać, że dowodów o rzeczywistości tego, pomimo powagi Huntera dostarczyć jeszcze należy, i że do owego czasu podobne apriorystyczne poglądy mają tylko znaczenie pytań, które powinny pobudzać do badań obiektywnych przy pomocy wszystkich środków znajdujących się w naszym rozporządzeniu. Pod kategorię tych badań np. podchodzą wszelkie kwestye odnoszące się do objawów miejscowych w ranie zachodzących (zapalenie, ból i t. d.), gorączki przyrannej, konsumpcyi sił podczas gojenia, trwania okresu zdrowienia, pozostających zmian funkcjonalnych i t. d.

Ważniejszym jeszcze niż pytanie, czy rana goi się lepiej przy tym lub przy innym opatrunku, zdaje mi się to: czy właśnie rana goi się przy tym czy też przy innym opatrunku? i jak często? czy chory, może być, w danym wypadku umiera przy takim lub przy inném postępowaniu? i jak wielka jest śmiertelność? czy śmierć chorego należy przypisać naszemu postępowaniu, czy też jakiemu innemu momentowi, który należy podług naszego doświadczenia kłaść na szalę? czy moment ów stanowi szpital, czy wiek, czy płeć, czy rassa i t. d.? Jednem słowem, ponieważ życie za największe dobro uchodzi, więc w terapii najważniejszą rolę odegrywa kwestya życia lub śmierci, inne zaś kwestye odnoszące się do funkcji, czasu i pieniędzy, t. j. pytania czy chory przy tym lub też innym opatrunku leczy się lepiej, prędzej i taniej są podrzędnego znaczenia.

Jeżeli się rozpatrzmy teraz w statystycznych danych, jakie się do ostatniego czasu w kwestyi opatrunku Listera ukazały, to w żaden sposób nie będziemy mogli utrzymywać, że główne punkta na które przy rozstrzyganiu o praktycznej ważności pewnej metody leczniczej zwracać uwagę należy, korzystnie się przedstawiają. Nie wiemy jeszcze czy *antiseptic treatment* istotnie lepsze daje wyniki aniżeli inne postępowanie, nad którem dokładne statystyczne badania przeprowadzone były, jak np. odkryte postępowanie z raną (*offene Wundbehandlung*).

Wszystko to być może; teoretycznie nawet zdaje się to prawdopodobnym, témbardziej, że opatrunek Listera najbardziej odpowiada w ostatnich czasach naukom o pochodzeniu chorób przyrannych, gorączki i zapalenia, jako też o sposobie zapobiegania im. Jedynie tylko, jakieśmy powiedzieli, statystyczne dane wydają się nam dotychczas zbyt szczupłemi i powierzchownemi, aby mogły mieć siłę przekonywającą.

Jeżeli więc ten lub ów zwolennik nowego sposobu postępowania teraz już „ma zupełne przekonanie, że większe rozpowszechnienie przeciwnilnego opatrunku Listera wywoła najzupełniejszą zmianę wszystkich dotychczasowych cyfr śmiertelności przy większych operacyach i obrażeniach“¹⁾, to takie subiektywne poglądy mają tylko znaczenie artykułów wiary i w naszych czasach wolności przekonań nie mogą być niewierzącemu z góry narzucane. Sama historia leczenia ran wykazuje, jak niebezpiecznym może być często i jak prędko się to daje we znaki, jeżeli brak obiektywnych dowodów zastępuje się tak zwanemi przekonaniem. Jakże często podobne przekonania okazywały się fałszywemi, dla tego, że opierały się tylko na błędném ogólném wraże-

¹⁾ Porów. Max Schede, Ueber partielle Fussamputationen Samml. klin. Vorträge N. 72 und 73. S. 550.

niu, jakie długi szereg spostrzeżeń pozostawił w umyśle pojedynczego badacza, albo też na kombinacji i porównywaniu dokładnych ale za to małych spostrzeżeń. Czy np. G u y o t, wynalazca i natchniony apostoł metody inkubacyjnej miał tak samo jak przed niewielu dziesiątkami lat odwagę uważać każdego chirurga, któryby zaniechał takiego postępowania, jako odpowiedzialnego za śmierć swego pacjenta? A jednak było to jego silne przekonanie.

Powinniśmy przeto, jak w każdej umiejętności, tak samo i w praktycznej medycynie, a szczególnie w terapii przy takich choćby najpozytywniej przedstawionych poglądach domagać się także obiektywnych dowodów. Takich jednak przekonujących dowodów w kwestjach terapeutycznych możemy dostarczyć tylko uciążliwą drogą staranną i racjonalną statystyki. Dotychczas jednak zaledwie pierwsze zaczątki takiej statystyki posiadamy i zapewne jeszcze nie mało czasu będzie potrzeba dla uznania jej za naukową metodę badania w tym stopniu, abyśmy lekceważące określenie pewnego francuzkiego męża stanu, który szydząc ze statystyki nazwał ją: „le mensonge en chiffres“ mogli raz na zawsze jako zuchwałe szyderstwo odtrącić. Wówczas z bogacimy się jedną wyborną metodą badania ²⁾.

Chociaż w naszym krótkim przeglądzie uważamy metodę okluzyjną, sposób odkrytego postępowania z raną i *antiseptic treatment* Listera, jako metody najjaśniej przedstawiające poglądy nowszych chirurgów na gojenie się ran i ich leczenie, jednak nie idzie zatem, byśmy wyczerpali tym samym długi szereg metod postępowania, tu i owdzie praktykowanych i w nowszej literaturze opisywanych. Niektóre z tych metod dają się mniej lub więcej pod powyższe podciągnąć; opierają się na tych samych teoretycznych poglądach i dążą do tego samego praktycznego celu; ale nie uderza w nich tak prędko ściśle przeprowadzenie, raz za słuszną uznanej zasady, czy się ona zwie zupełnym oddzieleniem od powietrza, czy też swobodnym jego dostępem, czy też nareszcie dostarczeniem powietrza ogołoczonego z pewnych jego części gnicie wywołujących. Zasada ta jest w nich poświęcaną dla tej lub owej zewnętrznej okoliczności, dla braku czasu, materiału, dla własnej woli pacjenta i t. d.

Oprócz tego jednak utaić nie możemy, że istnieją metody, które nie mają określonej zasady ani też nie dążą do określonego celu. Jeżeli krzewiącym te metody zadamy pytanie do czego służy ten lub ów rękoczyn, ten lub ów opatrunek, to niejednemu z nich ciężko będzie dać na to odpowiedź — na nieszczęście sam sobie nigdy dotychczas tego pytania nie zadawał.

Nareszcie znajduje się wielu takich, którzy sądzą, iż postępują ściśle i *lege artis* podług jednej z powyższych trzech metod (oddzielenie rany, trzymanie jej bez opatrunku, t. j. odkrytą i metoda Listera), ale ponieważ nie troszczą się o samą istotę i o zasadę danej metody, zachowują się więc niewłaściwie i niekonsekwentnie. Ci najwięcej zaszkodzili ważnej kwestyi o leczeniu ran, ponieważ ściśle obmyślonemu i na ważnych zasadach opartemu postępowaniu nadali piętno mody. To nieszczęście dotknęło przeważnie w swoim czasie dwie najważniejsze metody, t. j. sposób odkrytego leczenia ran i *antiseptic treatment* Listera.

Zarówno niesprawiedliwy i na niezrozumieniu oparty był sposób, w jaki obie ostatnio wzmiankowane metody we wzajemny stosunek podciągano.

Porównywać je z sobą było rzeczą bardzo naturalną, gdyż obie prawie w jednym czasie każdego chirurga tak bardzo zajmowały, obie cieszyły się dziwnie dobrymi rezultatami, a jednak w powierzchowności swój tak znacznie się różniły. Przypadkowe podobieństwo w zewnętrznej formie opatrunku Listera i opatrunku okluzyjnego skłoniło wielu do uważania opatrunku Listera za metodę okluzyjną, a tym samym do przeciwstawiania go metodzie odkrytego postępowania z raną. Dla tego też zwolennicy Listera mieli słusność, że powstałi przeciwko owemu błędnemu tłumaczeniu, dowodząc, że przez swe postępowanie nie mają wcale zamiaru oddzielać powie-

²⁾ Jakąż np. wartość mieć może to, że H ü t e r dla wykazania rezultatów swój chirurgicznej działalności bierze pod uwagę tylko cyfrę śmiertelności w klinice Greifswaldskiej, która się obraca w zakresie 5 pet. (Porów. jego Allgemeine Chirurgie. Leipzig. 1873. S. 726—727).

trze od rany, lecz ze staraniem ich jest dopuszczać określony rodzaj powietrza, t. j. powietrze oswobodzone od czynników wywołujących gnicie, a tém samym ropienie ¹⁾. Za daleko jednak, zdaje mi się, zaszedli oni w swęj replice, jeżeli uważają swą metodę za udoskonalone odkryte postępowanie z raną ²⁾. W rzeczywistości bowiem nie można mówić o odkrytém postępowaniu tam, gdzie się nakłada na ranę 10—20 bandaży. Musimy jeszcze więcej powiedzieć, że te środki, których Lister do swoich celów używa, wyklucza przynajmniej dotychczas jeszcze odkrytą metodę postępowania.

Daléj niesłusznem jest, jeżeli główny przedstawiciel odkrytęj metody ³⁾ w wybornych jęj rezultatach widzi jasny dowód, że dla teoryi Listera nie ma prawa bytu.

Ostatnia bowiem teorya przedewszystkiem uczy, że dostęp atmosferycznego powietrza wywołuje rozkład wydzieliny rany i jej ropienie, a rezultaty otrzymane z odkrytą metodą postępowania teoryi tęj nie zbijają.

Nakoniec, według nas, zupełnie należy odrzucić zapatrywanie, że obie wspomniane metody nie mają nic sobie właściwego, i że pomyślne rezultaty, jakie przy ich pomocy się otrzymują, należy przypisać jedynie ścisłemu wypełnianiu ogólnych racjonalnych prawideł, które jest wynikiem specjalnych szczegółów kaźdey metody ⁴⁾. Oczywiście, że zwolennicy tak jednéj jak i drugięj metody weale nad tém nie ubolewają, że im z tęj strony tak wyraźnie było przyznanem przestrzeganie ogólnych racjonalnych prawideł; ale zarazem mają prawo zapytać, czy przy zachowywaniu tych samych ogólnych prawideł widziano kiedy gojenie się pośrednie przy obecności tylko kilku kropel ropy tak wielkich i skomplikowanych ran, jak to się dzieje podczas stosowania metody Listera; albo też czy zapobiegano w tak pewny i prosty sposób rozkładowi ropy jak za pomocą odkrytego postępowania z raną?

Ta właśnie zaleta ostatnio wspomnianej metody uderzyła wszystkich bez wyjątku spostrzegaczy i była główną przyczyną tego, że przy opisie różnych przeciwnilnych sposobów opatrywania ran, tę metodę na wibytnym miejscu stawiano ⁵⁾.

Dla tego więc pozostajemy przy pojęciu, że te dwie metody właśnie w skutek wybitnego stanowiska, jakie względem najnowszych poglądów na rozkład, ropienie, choroby przyranne i t. d. zajmują, posiadają ogromną wartość naukową. O wartości ich zaś w znaczeniu praktyczném sąd wydać będzie można nie ex cathedra, ale przy łóżku chorego i po długich a sumiennych obserwacyach.

Przyczynek do nauki o słoniowaciznie (*elephantiasis arabum*) pod względem terapeutycznym i patologicznym.

Przez Dra Wernher'a w Giessen.

(Dalszy ciąg).

Następujące postrzeżenie, wzięte z tak często przytaczanej rozprawy W i e d e l'a *) jest również ważne pod wielu względami. Przedstawia ono przykład wielce rozprzestrzenionego rozszerzenia naczyń limfatycznych (*lymphectasia*) na kończyny górne i dol-

¹⁾ Porówn. S c h u l t z e, Ueber Listers antiseptische Wundbehandlung. Sammlung klinischer Vorträge. N. 52. 1873.

²⁾ Porówn. L e s s e r, Einige Worte zum Verständniss der Listerschen Methode der Wundbehandlung. Deutsche Zeitschr. f. Chirur. Bd. III Heft 5 und 6. 1873.

³⁾ Porówn. B u r o w, Offene Wundbehandlung. Deutsche Zeitschr. f. Chirur. Bd. II. Heft 4 u. 5. 1873.

⁴⁾ Porówn. C. E m m e r t, Ueber moderne Methoden der Wundbehandlung Arch. f. klin. Chir. Bd. XVI. Heft 1. 1874.

⁵⁾ Porówn. B i l l r o t h, Untersuchungen über Coccobacteria septica. S. 218. Berlin 1874.

*) Drei Beobachtungen über Elephant. Scroti. Würzburg. 1837.

ne, worek mosznowy, liczne występowanie pęcherzyków limfatycznych i nadmierny wyciek limfy (*lymphorrhoea*):

Młodzieniec 20 letni, od najpierwszej młodości cierpiał na uporeczywe owrzodzenia stopy. W 18 roku życia, bez żadnej widocznej przyczyny, utworzyły mu się nagle na grzbietowej powierzchni ręki ciemno-czerwone w środku bardziej zabarwione plamy, na których podniosły się pojedyncze pęcherzyki, i z których przez przeciąg dwóch lat sączył się płyn rozcieńczony, mlecznego koloru. Dawniejsze owrzodzenia stopy odtąd zagoiły się. Wkrótce potem obrzmiał worek mosznowy do potrójnej wielkości względem normalnego i przyłączyła silna gorączka gastryczna, ból we wszystkich członkach i t. p. Po zniknięciu gorączki, worek mosznowy wrócił do prawidłowej prawie swój wielkości, mimo to z dnia na dzień tworzyło się coraz więcej pęcherzyków mlecznym płynem wypełnionych. Podczas zdrowienia z przemijającego zapalenia płuc nabrzmiały gruczoły pachwinowe, obrzmienie rozszerzyło się znacznie ponad podbrzusze, nabrzmienie zaś worka mosznowego poczęło czynić znaczne postępy. Pęcherzyki po upływie pewnego czasu swego istnienia poczęły pękać, mleczna ich zawartość wylewała się, następnie zaś zasychały w strupy. Za każdym występowaniem pęcherzyków, zjawiała się gorączka gastryczna. Podczas nowych napadów nabrzmienie rozprzestrzeniło się na lewe udo i międzykrocze. Za każdym pękaniem pęcherzyków, które się na nowo i w znaczniejszej liczbie tworzyły, treść ich wylewała się strumieniem; wypływ ten cieczy wzmagal się skoro nacisk worka mosznowego był powiększony. Ilość utraty płynu była bardzo znaczną, tak że w ciągu jednego dnia wynosiła więcej jak kufelek, w przeciągu zaś 14 dni przeszło 80 uncyj. W następnym napadzie utrata płynu jeszcze znacznie była, gdyż wynosiła w ciągu jednego dnia 70 uncyj; w innym zaś napadzie 116 uncyj. Mimo to nie można było zauważyć upadku sił.

Inne spostrzeżenie według którego dziewczyna we dwa tygodnie po porodzie dostała róży twarzy, po zniknięciu takowej wytworzyły się na tyłogłowie, szyi, łopacie, plecach i ramionach guziki, a podczas następnego napadu, między którymi stan chorób był zadawalniający, wśród silnych bólów rozszerzyły się takowe na łędzwie, udo i tylną część miednicy. Skóra była prawidłowo zabarwiona, objętość uda jednakże w trójnasób się powiększyła, jak w stanie normalnym.

Te i podobne im postrzeżenia zdają się dowodzić, że przy słoniowaciznie, chociażby pierwiastkowo uwarunkowaną była miejscowem ograniczonem cierpieniem sieci naczyń limfatycznych, w rezultacie może przyjść do ogólnego przepelnienia całego układu limfatycznego, tak że chociaż przepelnienie to w jednym miejscu zostaje zniesionem, albo też istniejący wypływ z konieczności w pewnym miejscu zostaje przerwany, mogą się tworzyć zastoje w oddalonych miejscach, często nawet szkodliwe dla jakiego ważnego narządu.

Należy tu dołączyć jeszcze postrzeżenia, wedle których słoniowacizna wikłać się może z innymi cierpieniami, lub też z nimi być zmieszana, t. j. z tego rodzaju sprawami chorobowemi, które również polegają na przepelnieniu włosowatych naczyń limfatycznych, na zastoju i czasowem wypróżnianiu przepelnionych naczyń z długo zatrzymanej limfy.—Cierpienia te jednakże, mając na względzie zupełnie różniące się objawy w ich zewnętrznej postaci oznaczamy wcale innymi nazwami. I tu również wykazać można, że sieci naczyń limfatycznych komunikują się między sobą i są w stanie od czasu do czasu wypróżniać swoją zawartość.

Takie przepelnienie naczyń limfatycznych ujawniać się może oprócz limfotoku (*lymphorrhoea*) z powierzchni skóry, pod postacią moczu mlecznego (*urina chylosa*) lub też wypływów [z pochwy (*leucorrhoea*), a być może należą tu pewne formy puchliny (*hydrops*) w włóknik obfitującej. W okolicach, gdzie słoniowacizna panuje wśród ludzi endemicznie, nie rzadką jest także i u zwierząt domowych, szczególnie u koni. Już H e r d y zauważył, że w Indyach Wschodnich choroba ta bardzo częstą bywa u koni i nie rzadko występuje w towarzystwie moczenia mlecznego. Podobne spostrzeżenia robił H a m m o n d w Egipcie w zakładzie leczniczym Abu-Zabela, a jeden z kolegów moich, lekarz weterynaryi, doniósł mi, że połączenie słoniowacizny kończyn i moczenia mlecznego u koni i krów nie przedstawia nadzwyczajnego zjawiska. Weterynarz leczy słoniowaciznę za pomocą zawłoki z dobrym skutkiem; podobnie jak krajowcy arabscy empirycy w Egipcie za pomocą zawłoki i przypalań. Nie zdaje się

jednakże, aby skutek takiego postępowania u ludzi był tak pomyslnym, jak tego C l o t B e y dowodzi.

Chociaż trzymam się tego poglądu, że przy słoniowaciznie w żadnym miejscu nie znajdujemy zamknięcia naczyń limfatycznych, ani ich sieci włosowatej, ani też przestworów i gruczołów, i że zastój limfy uwarunkowany jest żyłakowatym rozszerzeniem naczyń,—nie chcę przez to utrzymywać, aby zniszczenie pewnej liczby naczyń w pewnym miejscu nie mogło wywołać zastoju limfy w obwodowej części takowych i przerostów podobnych do słoniowacizny. Lecz takie wypadki zdarzają się wyjątkowo i nie stanowią nigdy zasady.

Jako dowód podajemy następujące postrzeżenie:

U dobrze zbudowanej, silnej i poprzednio zdrowej dziewczyny gruczoly pachwinowe prawej strony wskutek zarażenia przymiotowego całkowicie zostały przez ropę podminowane, obnażone i zmieszczone do tego stopnia, że takowe musiały być wyluszczone. Przymiot i zropiałe dymienice w prawidłowym przeciągu czasu zostały uleczone i chora została uwolniona. Po upływie trzech miesięcy jednakże przybyła chora na nowo do szpitala z rozwiniętą w takim stopniu słoniowacizną prawej wielkiej wargi sromnej, w jakim zaledwie kiedykolwiek mogłem widzieć. Wargę sromną podczas przebiegu cierpienia przymiotowego nie była obrzmiała ani owrzodzona. Obecnie warga wstydliva przerodziła się w tęgi łącznotkankowy guz wielkości główki jednorocznego dziecięcia. Powierzchnia jej usiana była licznymi nieopodatkowanymi guzikami wielkości orzecha laskowego, pokrytymi ciemnożółtymi łuskami naskórka. Guz został odjęty. Miąższ jego składał się z białej, mało unaczynionej tkanki łącznej, pozbawionej tłuszczu. Okaz ten znajduje się w miejscowym zbiorze anatomicopatologicznym. Podobny okaz, wskutek takich samych przyczyn powstały, w którym przerost rozprzestrzenił się nierównie dalej—na obie wargi sromne, międzykrocze, wzgórek wenery, otrzymałem ze szpitala Mogunckiego. Widzimy więc, że w pierwszym wypadku wystarczał sześciotygodniowy przeciąg czasu dla wywołania olbrzymiego przerostu wargi sromnej, skoro do pachwiny dążące naczynia limfatyczne rozerwane zostały. W większej części jednakże we wszystkich tych wypadkach przerostu zewnętrznych organów płciowych, które miałem sposobność w znacznej ilości obserwować, mianowicie przerostu wargi sromnej, napletka, lechtaczki, tak zwanego fartuszka hotentotek, brakował całkowicie zapalnych objawów i ropienia gruczołów.

L e b e r t słusznie ubolewa, że jeszcze tak mało zbadany jest stan naczyń limfatycznych przy słoniowaciznie. Przypuściwszy niewątpliwą dokładność danych mikroskopijnych poszukiwań,—mianowicie istnienia bujania przybłonka (*endothelium*), bardzo mało lub też wcale nie wyjaśniamy rzeczy, nawet gdybyśmy przez to nie chcieli wyrazić, że naczynia są zamknięte, a więc nie ma powodu do zastoju limfy. W obec bardzo wielkiej liczby naczyń, z jakich sieć limfatyczna jest utworzona, nie możemy z badań tej lub owej gałązki wyrokować o drożności naczyń. Kwestyę tę, obok wniosków, jakie możemy, wyprowadzać z objawów klinicznych u żyjącego, rozstrzygać mogą tylko iniekcye. Lecz dochodzeń takich na nieszczęście posiadamy bardzo małą liczbę. Z takowej jest widocznem, że naczynia nie tylko są otwarte, lecz nawet, ponieważ zwykły być rozszerzonymi i niezwykle przestronnymi, łatwo dają się nastrzyknąć nawet przez osoby z rękoczynem tym mało obeznane. Udało mi się nastrzyknąć amputowaną nogę przez brodawkowate guziczki, w wielkiej ilości wystające nad skórę goleni i z łatwością otrzymałem bardzo rozszerzone sieci naczyniowe. Wielką wartość nadaję spostrzeżeniu T e i c h m a n n a, gdyż ten jako doświadczony anatom i znawca układu limfatycznego pod względem tego rodzaju badań zasługuje na szczególne zaufanie. Co się tyczy ślepych początków naczyń limfatycznych poczynających się w brodawkach skórnych, powiada on (das Saugader-System S. 62), że takowe w prawidłowym stanie skóry nie dosięgają nigdy w zupełności wierzchołków brodawek, a rzadko przekraczają ich część środkową. Z trudnością udawało mu się rozstrzygnąć kwestyę, czy każda pr widłowa brodawka skórna posiada ośrodkowe naczynie limfatyczne, gdyż zawsze wypełniały się rtęcią tylko naczynia w oddaleniu położone. W dalszym ciągu powiada: „zupełnie inne stosunki znalazłem w stopie przez prof. B a u m'a odjętej. Takowa z wyjątkiem podeszwy cała pokryta była znami wybujałościami. Próba nastrzyknięcia naczyń limfatycznych udała się nierównie dokładniej jak na zdrowej skórze. Wszystkie brodawki przedstawiające się dla nie-

uzbrojonego oka niezmienionemi, były powiększonymi a powiększeniu ich odpowiadało także powiększenie naczyń limfatycznych we wszystkich ich wymiarach. W pojedyncze zaledwie brodawki nie wniknęła masa iniekcyjna. Szerokość naczyń wynosiła 0,018—0,036 mm., długość zaś prawie odpowiadała długości brodawki. Naczynia niektórych brodawek rozciągały się prawie do ich wierzchołka, w innych zaś zajmowały $\frac{1}{2}$ — $\frac{2}{3}$ długości takowych. Pozostałe naczynia limfatyczne skóry uległej słoniowaciznie nieznacznie tylko były rozszerzonymi. Główne pnie naczyniowe dosięgające kolana prawidłowe. W każdym razie nigdzie nie można było znaleźć ich zamknięcia.

W tem miejscu podajemy inne mniej dokładne postrzeżenia. Jedno z nich znajdujemy już u Herdy'ego pod nazwą „choroba gruczołowa z Barbadoes“ 1788. Pewna kobieta cierpiała od 14 lat tak silne nabrzmienie dolnej kończyny właściwe słoniowaciznie, że potrzeba był odjąć takową. Nabrzmienie jednak przeszło wkrótce i na drugą kończynę i podczas tego kobieta umarła. Skóra w znacznym stopniu przesyconą była limfą i stwardniała. Naczynia limfatyczne na grzbietowej powierzchni stopy bardzo rozszerzone, przebiegające zaś w okolicy kostek tak przestronne, że można było z łatwością wprowadzić w nie pióro do pisania. Cokolwiek mniej rozszerzone były naczynia palców. Ściany ich do tego stopnia rozciągnięte były, że nie wytrzymały ciężaru użytej do iniekcji rtęci i rozrywały się. Pnie tętnicom towarzyszące w mniejszym stopniu były rozszerzone. Gruczoły limfatyczne wąskie, blade i wypełnione limfą galaretowatą.

Naczynia powierzchownej sieci limfatycznej nie posiadają zastawek, co sprzyja zastojowi w nich limfy. Zastawki rozmieszczone są tylko w większych odstępach; nadają one limfie pewien określony kierunek, sprzeciwiając się jej cofaniu (*regurgitatio*). Widocznie jednakże, jak to wynika z postrzeżeń, stają się one często niedostatecznymi, a ztąd cofanie się owo limfy wielką gra rolę. Mimo to istotną przyczyną słoniowacizny polega raczej na rozszerzeniu kapilarów jak większych pni.

Również z pewnej liczby objawów u żyjących spostrzeganych wykazać można, że naczynia widocznie nie są zamknięte — ani pnie limfatyczne, ani gruczoły. Dla uchwycenia i wyjaśnienia związku objawów tych uważam za stosowne poprzedzić treściwą wzmianką o prawidłowym anatomicznym układzie sieci włosowatej naczyń limfatycznych.

Rozwój przerostowy przy właściwej słoniowaciznie ogranicza się przeważnie do warstwy właściwej skóry (*corium*) i jej brodawek, pozostawiając pozostałe tkanki członka, t. j. mięśnie, ścięgna, nerwy, kości, okostną prawie nienaruszonymi. Podczas gdy złogi nadkostne przy przeroście, zależne od rozszerzenia żył są zwykłym następstwem i często dosięgają nadzwyczajnych rozmiarów, brakuje takowych przy limfatycznej słoniowaciznie. Mięśnie i kości często znajdują się w stanie zaniku. Właściwość prawdziwej słoniowacizny, aczkolwiek nie we wszystkich wypadkach istniejącą, lub też nie w wysokim stopniu wykształconą, stanowi przerost brodawek skórnych. Przerost ten znajduje się w związku z rozszerzeniem (*ectasia*) ślepych początków naczyń limfatycznych, brak zaś jego w przypadkach nie uwarunkowanych rozszerzeniem naczyń limfatycznych, lecz będących w związku ze zniszczeniem takowych, gdziekolwiek bądź w przebiegu do gruczołów. Przy słoniowaciznie mężczyzn zewnętrznych organów płciowych ulega zwyrodnieniu tylko tun. dartos; jądra zaś, powłoki pochwowe i sznurki nasienne pozostają albo prawidłowemi, lub ulegają zwyrodnieniu tylko następczo wskutek ucisku.

Wyjaśnienie takiego ograniczenia słoniowacizny do powierzchownych warstw skóry dowodzi zatem, że jest to choroba miejscowa, zawisła od nieprawidłowego układu włosowatych naczyń limfatycznych skóry. Postaramy się dowieść na podstawie anatomicznej, że zmiany te odnoszą się tylko do włosowatej sieci limfatycznej skóry; prawie stale zaś ich bra uje w podścielisku i w głębszych jej częściach. Jak wiadomo, sieć włosowatych naczyń limfatycznych skóry tworzy dwie warstwy: jedną powierzchowną o wązkim świetle naczyń, rozpostartą w skórze tuż pod naskórkiem, a drugą głębszą o przestwornych naczyniach, leżącą w głębszych warstwach skóry. Obie sieci łączą się z sobą za pomocą wązkich ukośnie przebiegających kanałów. Od powierzchownej sieci odchodzą wyż wzmiankowane ślepe kanaliki początkowo aż do

korzeni brodawek skórnych. Posiadają one bardzo cienkie ściany, rozciągają się wskutek tego bardzo łatwo lub rozrywają.

Mając na względzie taki anatomiczny układ naczyń limfatycznych skóry, łatwo się objaśniają rozmaite właściwości słonowacizny, zmiany anatomiczne powierzchni skóry i zależne od tego inne sprawy, jako to: tworzenie się wysypek, przedstawiających podobieństwo do wysypek pęcherzykowych, bąblowych i ekcematycznych, wzrost brodawek skórnych, limfotok i wpływ takowych na brzmienie właściwe słonowaciznie. Możemy więc także powziąć z takiego stanu rzeczy pewne wskazówki dla terapii.

(Dalszy ciąg nastąpi).

Wiadomości bieżące.

Leczenie załupka (*paraphimosis*) za pomocą elastycznej opaski przez de Lépine (Journ. de méd. et de chirurg. prat. 1874. z. 11, p. 494.—Centralbl. f. Chir. 1874. Nr. 37). Po kilkakrotnych bezskutecznych próbach odłożenia załupka, trwającego od 5 dni, autor żołądź począwszy od ujścia aż do korony obwinął małą 1 ctm. szeroką opaską kauczukową, ponad którą założył drugą nieco silniejszą. Po dziesięciu minutach fioletowa i obrzmiała żołądź stała się białą i skurczyła się, tak iż się odłożenie udało z łatwością.

Kwas salicylowy w położnictwie (Prof. Crédé, Arch. f. Gyn. VII. 3.). W lipskięj klinice położniczej od przeszłego roku używa się kwasu salicylowego (w roztworach 1:300—900, albo w postaci proszku 1:5 mączki, albo w formie waty salicylowej) do wstrzykiwań do pochwy u położnic, do posypywania wrzodów położowych, do odwietrzania rąk i t. d., i to z tak pomyślnym rezultatem, że środek ten zaleca się usilnie dla praktyki położniczej.

Przez podskórne wstrzykiwania środków odprowadzających, i to 0,1 magn. sulph., roztworzonej w 1,0 wody; Luton (Bull. de la soc. med. de Rheims—Med. chir. Rundschau XVI, t. II, p. 349) osiągał wypróżnienia stolcowe. Według innych przytaczań tegoż autora (Mon. med. 1874. 45) takie podskórne wstrzykiwania w nieco większych dawkach okazały się skutecznymi przeciwko wymiotom przy raku żołądkowym, przy utrudnionem trawieniu, przy wymiotach u osób ciężarnych, cierpiących na chorobę morską i przy zagłobie (*ileus*).

Śnieg jako środek czyszczący rany i zatrzymujący krew przy ranach powstałych przy operacji. Przez Dra O. Hassę (Centralbl. f. Chir. 1874. Nr. 38). Dla niektórych operacji, mianowicie dla przecięcia tchawicy, autor zamiast gąbek poleca świeżo spadły śnieg do przyciskania na krwawiące powierzchnie pola operacyjnego. Weiaga on w sobie krew wysmienicę, działa skrzepiająco na naczynia i znieczulająco na nerwy. Śnieg ma być jak najluźniejszym.

O zapalnym brodawkowcu (*papilloma*) skóry (Dr Weill, Vierteljahrschr. f. Dermat. u. Syph. 1874, p. 37). Pod tą nazwą Roser opisał zapalne bujanie brodawek skóry z wytworzeniem się międzybrodawkowych ropniów i z zapalnym zrostem obrzmiących końców brodawek. Autor niedawno temu podobny spostrzegł wypadek i badał go mikroskopijnie. Dotyczył on 73 letniego robotnika, u którego się wytwarzały ropnie na rozmaitych miejscach ciała. Po trzech latach ukazał się guzik na kości mostkowej; guzik zaczął się rozrywać, wydzielać i zamienił się w kalafiorowy płaski twór. Ciało brodawkowe leży odkryte, brodawki są zwiększone, leżą blisko siebie, spłaszczone. Niekiedy zrastają na końcach, tak iż się wytwarzają jamy, w które ślednik niekiedy sięga na pół cala głęboko. Z badania mikroskopijnego wykazało się, że utkanie brodawkowe jest przerosłe, obfite w komórki i liczne naczynia; w jego rozmaitych miejscach znajdują się ziarnka barwnikowe, a na około kilka warstw grubych przybłonka, które się zmniejszają od obwodu ku środkowi. Chore części wyskrobano ostrą łyżką, poczem szybko nastąpiło zagojenie.

Redaktor i wydawca Prof. Dr Girsztowt.

Redakcyja Gazety Lekarskiej i Biblioteki Umiejętności Lekarskich przy rogu ulicy Jasnój i Zielonego placu, w domu Jaroszyńskiego, Nr 1364 (nowy 1), mieszkania Nr 6.

W Druk. Gaz. Lek. Ul. Śto Krzyzka N 9. Дозволено Цензурою, Варшава 1 (13) Августа 1875.