

# GAZETA LEKARSKA.

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

Cena Gazety Lekarskiej: w Warszawie: rocznie 5 rs., półrocznie 2 rs. 50 kop., na prowineyi,  
w Cesarstwie i za granicą: rocznie 6 rs., półrocznie 3 rs.

Cena ogłoszeń: Trzy pierwsze po kop. 15 za wiersz drobnym pismem. lub za jego miejsce następne  
po kop. 10; ogłoszenia zagraniczne po kop. 18 za wiersz drobnym pismem lub jego  
miejsce.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. Gajkiewicz Władysław. Wydawca: Dr. Kondratowicz Stanisław

Adres Redaktora. Marszałkowska Nr. 115. Adres Wydawcy: Marszałkowska Nr. 119.

## TROCHISCI NITROGLICERINI

Trochisci Glonoini, Tabletki Nitroglicerynowe.

W ostatnich czasach nitrogliceryna znalazła zastosowanie lecznicze jako *antineuralgicum*,  
*antispasmodicum*.

Dotychczasowe niedogodne użycie w roztworze spirytusowym tak silnego środka wstrzymywało wielu lekarzy od stosowania go w praktyce; przepisywanie nitrogliceryny z wodą jest niewłaściwe, albowiem cała ilość nitrogliceryny opada na dno; podług Husemann'a najlepiej działa rozpuszczona w tłuszczach—opierając się więc na tem, wyrabiam jeszcze dogodniejszą formę w komprimowanych tabletkach czekoladowych, gdzie nitrogliceryna jest rozpuszczoną w całej zawartości masy kakaowej za pośrednictwem eteru, zawierając stale  $\frac{1}{100}$  grana albo 0,00062 grm. nitrogliceryny, wszelkie zatem obawy usuwają się przez ułatwienie dozowania, w użyciu zaś powyższa forma jest przyjemną. Działanie nitrogliceryny jest nadzwyczaj szybkie, albowiem w dwie minuty po użyciu  $\frac{1}{100}$  g. doznaje się silnego tętnienia tętnic szyjowych, uczucia ciepła, poczynającego się od twarzy, czasami połączonego z lekkim bólem głowy—lecz wszystkie te przypadłości ustępują stopniowo również prędko, nie pozostawiając żadnych przykrych następstw.

Podług Murella w napadach dychawicy (*asthma*) 3 razy dziennie po  $\frac{1}{100}$  gr. zwiększając dawkę w potrzebie od 2-eh do 3-eh tabletek 3 do 4-eh razy dziennie, poczem skutki były zadawalniające, a w wielu razach zupełne wyleczenie nastąpiło. Podobnie zalecana nitrogliceryna z pomyslnym skutkiem w napadach duszniczy bolesnej (*angina pectoris i pseudostenocardia*) wstrzymuje szybko bólesci duszenia, a wzięta w dawkach jak wyżej zepobiega atakom bez zrobienia złego skutku choremu—wreszcie nitrogliceryna wstrzymuje napady epileptyczne (*aura epileptica*), jak najmniej okazała się skuteczną w formie migreny tak zwanej *hemicrania sympathico-tonica*. Zdaje się że środek ten wskazany właściwie, usuwając szybko tak przykre dla człowieka cierpienia, może znaleźć usprawiedliwioną wziętość.

Ze względu nazwy nitrogliceryny, dla wielu przerażającej, kładę nazwę na pudełkach „Trochisci Glonoini.“

Cena pudełka, w którym mieści się 25 sztuk tabletek wynosi 40 kop.

M. MUTNIAŃSKI

Właściciel Apteki Nowy-Świat Nr. 18.

0—13

# PASTYLKI GÉRAUDEL



Z CZYSTEJ SMOLY NORWEGSKIEJ  
Działające przez wdychanie i wciąganie

Przeciwno  
KATAROM, DYCHAWICY, FLUKSYL, ASTMIE,  
OCHRYPNIENIU, CHOROBYM KRZANI etc.

O wiele lepsze od Kapsulek i Cukierków, które obciążają żołądek nie działając na drogi oddechowe.

Pastyłki Géraudel są  
JEDYNE PASTYLKI SMOŁOWCOWE

wynagrodzone przez międzynarodowy sąd przysięgłych na wystawie powszechnej 1878 r. w Paryżu. Wypróbowane na mocy decyzji ministerjalnej za przedstawieniem Rady Zdrowia armji.

Znajdują się we wszystkich Aptekach

Każde pudełko zawiera 72 pastylek jak również przepis dla użycia takowych

SPRZEDAŻ HURTOWA:  
A. GÉRAUDEL

Pharmaciens à SAINTE-MENEHOULD (France). (Należy wymagać Marki fabrycznej wystawionej.)



Podezas powolnego ssania tych Pastyłek powietrze którym się odycha przejmując się wzywami Smoly i wprowadza je do siedliska cierpienia. Dzięki tej specjalnej własności działania jakoteż ich składowi Pastyłki te zawdzięczają skuteczną własność leczenia wszystkich chorób w których smo-

ła bywa zalecana. Są one niezbędne dla palących tytonie, dla osób nadciągających głos i dla tych których zatruczenia wystawiają ich na skutki kurzu i wyciepów rozdrażniających.

Niezmiernie powodzenie tych PASTYLEK we Francji i Zagranicą świadczy o ich wyższości niezaprzeczanej.

(Należy wymagać Marki fabrycznej wystawionej)

Do nabycia w składach aptecznych J. Mrozowskiego i L. Spiessa i Syna.

## Guarana Grimaud's

przeciw migrenom i newralgijom (dozwolona w Rosyji).

Jest ona wyrabiana z rośliny Paulinia sorbilis, pochodzącej z Urugway, w Ameryce południowej. Przetwór ten zyskał sobie uznanie z powodu skuteczności przeciw newralgijom w głowie, migrenom, oraz przewlekłym rozwojeniom.

Szczypta rozpuszczona w szklance wody oczekrzanej wystarcza zazwyczaj do usunięcia migreny. Skład w Paryżu, 8, ulica Vivienne, oraz we wszystkich aptekach.

## Peptony pepsynowe Chapoteaut

z czystego mięsa wołowego (dozwolone w Rosyji).

Są one obojętne, nie zawierają ani glikozy, ani chlorku sodu, ani winjanu sodu.

### PROSZEK Z PEPTONU CHAPOTEAUT

Jest zupełnie rozpuszczalny, dana jego waga odpowiada pięć razy większej co do wagi ilości mięsa, z powodu swej czystości jest on wyłącznie używanym w laboratorium Pasteur'a do kultur mikroorganizmów. Podawać go można w rosole, herbacie, w opłatkach, lub w ławatywach.

### Wino z peptonu Chapoteaut

Smak ma bardzo przyjemny, zaleca się je po jedzeniu, w ilości 1-2 kieliszków. Dawka zawarta w 1 kieliszku odpowiada 10 grammom mięsa.

Peptonami można żywić chorych ciężko przez całe tygodnie i miesiące, bez stosowania innych pokarmów.

Skład w Paryżu, 8, ulica Vivienne, oraz we wszystkich aptekach.

# GAZETA LEKARSKA.

**Treść.** I. T. HERYNG. O chirurgicznym leczeniu suchot krtani i ich wyleczalności (Ciąg dalszy). — II. J. GARBOWSKI. Uwagi o mięsieniu czyli masażu, oparte na własnym doświadczeniu klinicznym [Ciąg dalszy]. — W. ORŁOWSKI. Sprawozdanie z oddziału chirurgicznego męskiego w szpitalu Dzieciątka Jezus z 1886 roku. — Towarzystwo Lekarskie Warszawskie. — Wystawa Hygieniczna. III. Oddział statystyczny. — Nadesłano do Redakcyi. — Dodatki. — Ogłoszenia.

## I. O CHIRURGICZNEM LECZENIU SUCHOT KRTANI I ICH WYLECZALNOŚCI.

Skreślił

**Dr Teodor Heryng,**  
ordynator szpitala Ś-go Rocha.

[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 25].

### Leczenie miejscowe suchot krtani na drodze chirurgicznych rękoczynów.

Miejscowe leczenie suchot krtani w okresie gruźliczego nacieku i owrzodzeń, należało dotąd do najzupełniej zaniedbanych działów *phthisioterapii*. I nic dziwnego! Ogólny skeptycyzm dawnej Wiedeńskiej szkoły ogarnął i przedstawicieli naszej specjalności, a oparty na fałszywej premisie niewyleczalności tej sprawy, na nie dość różnorodnem, nie dość konsekwentnie wypróbowanem leczeniu, przechodził z katedry profesorskiej na całe pokolenia młodych lekarzy, którzy w Wiedniu kształcili się na przyszłych laryngologów. Jako niewzruszony dogmat do niedawnego czasu powstrzymywał on wszelką chęć wyłamania się z pod raz wytworzonej doktryny i cel swój osiągnął.

Ponieważ po zastosowaniu azotanu srebra w krtani, bądź w roztworach silnych, bądź w substancyi, u chorych z owrzodzeniami gruźliczemi zauważono pogorszenie objawów, Sroerk między innymi doszedł do wniosku, że wszelkie energiczniejsze leczenie owrzodzeń krtani stanowczo jest szkodliwem, jest błędem zawodowym: *ein Kunstfehler*. Teoryja ta powoli przeszła z jednej kliniki do drugiej, szybko

rozeszła się po świecie, a poparta powagą szkoły, przyjętą została jako fakt, bez żadnego krytycyzmu, bez żadnych dalszych prób i doświadczeń. Pomimo olbrzymiego materiału jakiego Wiedeń w tym kierunku dostarczał, ograniczano się i poprzestawano na wdmuchiwanie do krtani taniny, lub alunu z morfiną, na wdechaniach roztworów cynku, alunu, lub soli kuchennej, wreszcie na stosowaniu środków balsamicznych, później zaś, w miarę rozwoju antyseptyki, na próbowaniu wdechań z kwasu karbolowego. Leczenie więc miejscowe było właściwie paliatywnym, starano się o usunięcie nadmiaru wydzieliny lub zadawalniano uzyskaniem ściągającego działania na błonę śluzową grzliczo-zwyrodnioną. Główny, a tak groźny objaw, to jest trudność przy połykaniu, zwalczanym był wdmuchiwaniami proszków morfiny, lub wstrzykiwaniami podskórnymi tegoż środka.

Pomimo tego od czasu do czasu zdarzały się wyzdrowienia, lecz przyjmowane one były z niedowierzaniem, zarówno przez obserwatorów, jakoteż i tych, którym ci ostatni ośmielili się ów niesłychany, nieprawdopodobny fakt zakomunikować. Musiały to być zapewne owrzodzenia innej natury, nie grzlicze, może przymiotowe, kiedy się zagoiły! W ten sposób osądzano własne i cudze w tym kierunku spostrzeżenia i wyniki terapii. Panował bowiem do niedawna jeszcze niefortunny dla nauki a zgubny dla chorych pogląd, że w suchotach krtani rola lekarza zbliża się więcej do posłannictwa kapłana, że więcej musi on pocieszać niż leczyć. „Nie trzeba drażnić krtani“, oto dawniejsza dewiza. Wszelkie wyłamanie się z pod tej fatalnej doktryny było niemożliwe, do tego stopnia, że dodatnich skutków energiczniejszej terapii suchot krtani niektórzy lekarze nie śmieli nawet ogłaszać, obawiając się kompromitacyi. Fakt ten wiem z ust jednego z najlepszych laryngologów, praktykującego nad Rivierą, który mi o tem niedawno wspominał.

Pomyślniejszy zwrot w terapii suchot krtani datuje dopiero od czasu stosowania w chirurgii zasady antyseptyki. Jodoform stanowił już postęp wielki w *phthisioterapii*, jakkolwiek duże przedstawiał niedogodności, gdyż przykrą miał woń, a co gorsza psuł chorym łaknienie. Tę ujemną stronę dzielił z nim i kwas borny, który drażni żołądek i dlatego pomimo dość pomyślnego działania na wygląd owrzodzeń, nie zyskał wielu zwolenników. Co do jodoformu, użycie jego opierało się na wykazanem przez MIKULICZA pomyślnem działaniu na sprawy grzlicze kostne, był więc racjonalnie wskazanym. Z początku usilnie zalecany jako niemal specyficznie skuteczny, powoli nawet przez gorących swych zwolenników zaczął być zarzucanym, jak o tem świadczą prace B. FRAENKEL'a, SCHAEFFER'a, BALMER'a i innych <sup>1)</sup>.

Niezawodną jest jednak rzeczą, że środek ten ma swą faktyczną wartość przy leczeniu pewnych postaci owrzodzeń grzliczych. Świadczą o tem zdania wygłoszone przez SCHNITZLER'a i MASSEI'ego, ale dodać należy, że działa on tylko przy owrzodzeniach powierzchownych, najlepiej zatem przy cierpieniu strun głosowych, wreszcie tylko wtedy, jeżeli chorzy nie mają do niego wstrętu, lub jeżeli nie psuje im łaknienia. Postacie owrzodzeń głębokich nie dają się wy-

<sup>1)</sup> Zakwestyjonowaną w ostatnich czasach skuteczność jodoformu, jako leku przeciwnilnego, w innym miejscu uwzględnię.

leczyć li tylko jego działaniem, jakkolwiek systematycznie stosowany na wygląd owrzodzeń wpływ dodatni wywiera do czego w innym miejscu powrócę.

Co do działania kreozytu, którego pomyslny wpływ na przebieg suchot płuc stwierdzonym został przez BOUCHARD'a, GIMBERT'a i innych, muszę nadmienić, że pierwsze pomyslnie próby stosowania go przy gruźliczych owrzodzeniach robił w Paryżu D-r CADIER, który go używał podług następującego przepisu:

Rp. <i>Créosote pure de goudron de bois</i>	1,0.
<i>Alcool</i>	4,00.
<i>Glycérine</i>	60,0.

Wyniki jego ogłoszone w „*Gazette des hôpitaux*“, potwierdzone zostały przez PELAN'a <sup>1)</sup> i BORDENAVE. CADIER <sup>2)</sup> w ten sposób sformułował swe wnioski, że poprawę najłatwiej otrzymać przy owrzodzeniach gruźliczych strun prawdziwych, następnie przy obrzękach strun fałszywych, wreszcie przy obrzmieniach chrząstek nalewkowych, najtrudniej zaś przy cierpieniach tylnej sciany. Ponieważ środek ten wywołuje niesmak i dość silne pieczenie, wyjątkowo tylko był stosowany [między innymi przez M. SCHMIDT'a], tak, że poszedł on w zapomnienie i nielicznych tylko zyskał zwolenników.

Zwrot do racjonalniejszego leczenia suchot datuje od roku 1880.

Rozpoczyna go M. SCHMIDT z Frankfurtu, wzięty i wyborny praktyk, który opierając się na dużym materyjale obserwacyjnym, wystąpił z pracą doniosłego znaczenia, gdyż starał się wnieść przeprowadzić zasadę antyseptyki i śmiało dążył do chirurgii, widząc w niej możliwość reformy dotychczasowego terapeutycznego indyferentyzmu. Jakkolwiek już przed SCHMIDT'EM zwrot ten zapowiadał się z prac CADIER'a, OERTEL'a i innych, wprowadzenie go w czyn, wystąpienie z całą męską energią badacza, wcale niedbającego o to, czy nowa metoda na razie poklask lub potępienie uzyska, skoro istotnie w jego rękach okazała się pożyteczną, jest wyłączną jego zasługą. Prosty i jasny sposób wyrażania się, wolny od wszelkiej przesady, każdego niemal o prawdzie jego spostrzeżeń przekonywał. Jednakże dziwnie mało zyskał on zwolenników. Wierzono w to że SCHMIDT wyniki uzyskał świetne, jego wdechania antyseptyczne, odznaczające się prostotą i taniością, próbowane i stosowane są do dziś dnia z różnym pożytkiem po całym świecie, metoda jednak chirurgicznego leczenia została prawie bez naśladowników. Dwie rzeczy stawały tu na przeszkodzie, z których każda miała swe doniosłe znaczenie. Po pierwsze, przesąd raz przyjęty, aby owrzodzeń gruźliczych energicznie nie leczyć, przesąd o którego potędze powiada ZYMMERMANN że łatwiej Alpy z miejsca poruszyć niż go przełamać, powtóre, że nacięcia szerokie krtani wymagają dużej wprawy, pewnej ręki, chorego z energią i odwagą, t. j. wymagają warunków niezawsze łatwych do znalezienia. Wahano się również przy istniejących już dolegliwościach, powiększać choremu bóle w okresie w którym kokaina była jeszcze nieznaną. Wreszcie dodam, że jak to często bywa, po kilku niefortunnych próbach, wykonanych nieraz niepewną

<sup>1)</sup> Étude clinique sur la phtisie laryngée. Thèse de Paris 1878 roku.

<sup>2)</sup> De la laryngite tuberculeuse. Thèse de Paris 1878 roku.

ręką, lub po draśnięciach nagłośni nożem, zamiast jej nacięciach, ogłaszano już ujemne wyniki metody SCHMIDT'a, zarzucając jej mylnie, że sprowadza silne krwotoki, w czym właśnie tkwi dowód, że takowa nieumiejtnie lub niewłaściwie wykonaną była. Wobec tego stanu rzeczy, nic dziwnego, że postępowanie na drodze leczenia chirurgicznego szedł opieszale, a raczej nie szedł wcale, utknął na pracy SCHMIDT'a.

Dodajmy jeszcze przesąd, że w ogóle przy suchotach krtani żadne leczenie nie prowadzi do celu, jest niepotrzebnem, a zrozumiemy dlaczego większość lekarzy uznała za właściwe chorych tych nie leczyć, *resp.* nie męczyć. Dmuchano więc w krtani proszki i proszeczki, od czasu do czasu zamieniając je pędzlowaniem tanią, która również licznych posiadała zwolenników. Tak stały rzeczy do roku 1881 r.. Wielki postęp dla leczenia suchot stanowiło dokonane przez JELINKA odkrycie kokainy, środka znieczulającego miejscowo błony śluzowe krtani, nosa, gardzieli. Ideał laryngochirurgii został nareszcie uzyskany, to co zdawało się niemożliwym, okazało się faktem istotnym.

Dzięki JELINKOWI operacje wewnątrz-krtaniowe o tyle stały się dostępniejsze, że oszczędzają lekarzowi czasu, chorego zaś nie trwożą tak, jak dawniej, gdyż bez bólu prawie dają się wykonać. Dla lekarza również ważną rzeczą jest możność dowolnego ich wykonania, bez zmuszających do przygotowań, które uprzednio cierpliwość obu stron na ciężką wystawiały próbę. Wprawdzie dawały one możność początkującemu specjalistcie nabierania wprawy i ćwiczenia się na chorym, gdyż myli się, kto sądzi, że dzięki kokainie, operacje te bez specjalnej wprawy, dla każdego umiającego wprowadzić lusterko, są już dostępne, że dziś obejść się można bez fantomu, bez wyrobienia ręki, że sama kokaina wszystkie trudności tych rękoczynów usunęła <sup>1)</sup>.

Co do znieczulenia krtani, takowe polega na 2 odmiennych sposobach, t. j. na wdmuchiowaniu proszku czystej kokainy, lub w połączeniu z morfiną, powtóre na pędzlowaniach kokainą rozpuszczoną w wodzie, w glicerynie lub w wyskoku. Roztwory, potrzebne do znieczulenia gardzieli lub krtani, działają niezawodnie tylko w znacznych stężeniach, t. j. od 15—20%. Co do mnie, to dla znieczulenia krtani używam zwykle przy operacjach ważniejszych, roztworów 20%, dla złagodzenia bólów czasem i 10% płynu, niekiedy jeszcze słabsze roztwory wywierają już kojące działanie. Preparaty kokainy, których dotąd używałem, pochodziły z fabryki Merka, mianowicie *cocainum muriat. solub.*, którego 1,0 zupełnie się rozpuszcza w 4,0 wody przekroplonej. Próbowałem również i *cocainum salicyl.* i *cocainum benzoicum*. Pierwsze stosowałem do wstrzykiwań, drugie do pędzlowań błony śluzowej, wróciłem jednak do pierwszego preparatu, jako tańszego i silniej znieczulającego.

Przy pędzlowaniu posługuję się, jak o tem dawniej wspomniałem w Medycynie (*l. c.*), pędzelkami z waty. Przynależność do jej utrzymania i sposób przy-

<sup>1)</sup> Kokaina nie zastąpi lekkiej ręki, pewności oka, szybkości ruchu. Wpłyne ona i wpływne już na to, że liczba operacji się powiększy, *resp.* że operacje te będą robione nie tylko przez specjalistów, natomiast obawiam się czy skutkiem możności zaniedbania techniki, wydającej się już mniej potrzebną, chorzy teraz nie będą gorzej operowani niż dawniej, t. j. w okresie kiedy środek ten był jeszcze nieznanym.

rządzenia tych pędzelków wyjaśnia rysunek przedstawiony został na Tablicy 3.<sup>1)</sup> Wprawdzie traci się więcej kokainy przez pędzlowanie watą, natomiast można nią płyn wcierać na większej przestrzeni i uniknąć kilkakrotnego wchodzenia do krtani, co przy użyciu dawniejszego pędzelka z włosia ma miejsce, a chorego zbytecznie nuży. Używałem dawniej pędzelków SCHROETTER'a, osadzonych w rurce z hartkauczuku, na odpowiednio zgiętym pręcie, gdyż długi i gruby pędzel włosiany STOERK'a, z drutu miękiego wyrobiony, jest narzędziem zupełnie nieużytecznym, jakkolwiek ciągle jeszcze w praktyce używanem.

Dla usunięcia trudności w przemykaniu, trzeba więc znieczulić te miejsca, które są przyczyną bólu, a więc owrzodzone, zajęte nasiękiem gruźliczym, lub obrzmiałe wskutek rozszerzenia się sprawy zapalnej.

Przy cierpieniu ograniczonym do pewnego miejsca, np. do nagłośni, ściany tylnej, lub więzów nagłośnio-nalewkowych, wystarczało zwilżyć je kokainą, aby ból na krótszy lub dłuższy czas usunąć. Okres ten trwa, od 15 minut do kilku godzin, słabnie jednak już po pół godziny. Jeżeli owrzodzenie lub sprawa zapalna zajmuje duże przestrzenie, akt pędzlowania trzeba 4 — 5 razy powtarzać i należy dotknąć wszystkich miejsc zajętych, co dla chorych osłabionych i drażliwych dużej stanowi przykrość. Zdarzają się przytem przypadki, w których kokaina słabe bardzo lub przechodnie tylko wywiera działanie, czasem znów nie działa prawie wcale. Badając takich chorych dokładniej, przekonałem się, że najczęściej zdarza się to przy owrzodzeniach gruźliczych ściany tylnej, lub więzów nagłośnio-nalewkowych. Przyczynę tej wyjątkowej niedziałalności kokainy wykryłem dopiero przy seceji, gdyż chorych tych obserwowałem w szpitalu. Przekonałem się wtedy, że sprawa nasięku i owrzodzeń przechodziła z przedniej powierzchni tylnej ściany na jej powierzchnię zwróconą do przelęku, zupełnie przed okiem naszym ukrytą. Znajdowałem tam kilka razy rozległe owrzodzenia, preparat zaś odpowiednio przygotowany ze ściany tylnej, w którym gruzelki i owrzodzenia zawierały zabarwione laseczniki, przedstawiłem Szanownym Kolegom w Towarzystwie Lekarskiem.

Drugą przyczyną trudności w polykaniu stanowią owrzodzenia zewnętrznej powierzchni więzów nagłośnio-nalewkowych, łatwo uchodzące spostrzeżeniu, gdyż obrzmiałe więz wypełnia sobą zatokę gruszkowatą i przylega do niej tak, że zmian tych lusterkiem wykryć nie można. W obu tych razach potrzeba gruby pędzelek z waty zrobiony i dobrze napojony roztworem kokainy wprowadzić pomiędzy krtani i przelęk, jak zgłębnik polykowy, lub pędzlować wewnętrzne ściany zatoki gruszkowatej. Ale i ta metoda nieraz zawodziła, co mnie zmusiło szukać innego sposobu znieczulenia, mianowicie próbować wstrzykiwać kokainy w błonę podśluzową krtani. Robię je obecnie za pomocą srebrnej szprycki, której dwa modele posiadam. Różnica ich nie wielka. Druga modyfikacja od pierwszej różni się głównie dodaniem dwóch pierścieni i tem, że jest tańszą, gdyż zrobioną z kauczuku. Załączony na Tablicy 3, rysunek przedstawia tę szprykę w połowie naturalnej wielkości. (*Fig. 1. 2. 3*). Mieści ona w sobie 1,960 wody przekroplonej.

<sup>1)</sup> Tablica ta dołączona zostanie w dalszym ciągu tej pracy, przy opisie łyżeczek i nożyków krtaniowych.

co odpowiada 4 kroplom płynu. Pręt zakończony z jednej strony tłoczkiem, z drugiej pierścieniem, podzielonym jest na 10 równych części. Jedna podziałka odpowiada 4 kroplom wody przekroplonej. Okrągła metalowa tarcza, osadzona na pręcie i posuwana na szrubie, pozwala na dokładne oznaczenie ilości płynu, jaką wstrzyknąć chcemy do tkanek. Kaniula długa w części poziomej na 10 ctm., i w końcu odpowiednio zakrzywiona, posiada z obu stron nacięte gwinty. Grubszy łączy ją ze szprycą, krótszy zaś w zagiętym swym końcu służy do przyszrubowania samej nasadki, dość grubej w  $\frac{3}{4}$  długości i opatrzonej ostrą, skośnie ściętą na 1 ctm. długą igłą (*Fig. 3*), która głębiej niż na 1 ctm. wklutą być nie może. Ta część dla tego nie stanowi jednej całości z dłuższą nasadą kaniuli, aby ją łatwiej odjąć i oczyścić można było. Kaniula wyrabiana jest w dwóch wielkościach, t. j. część pionowa wynosi w jednej 4 ctm., w drugiej 6 ctm.. Nasada krótsza służy do wstrzykiwań w nagłośnię, dłuższa do tkanek głębiej w krtani położonych. Cała kaniula jest zewnątrz i wewnątrz grubo złocona, aby zapobiedz rdzewieniu, gdyż używam jej do wstrzykiwań kwasów, które nagryzają metal. Oprócz tej kaniuli zagiętej, potrzebna jest i kaniula prosta, głównie do wstrzykiwań kokainy w błonę śluzową gardzieli, podniebienia, migdałków i nosa. Tłok szpryki powinien chodzić szczelnie, a jednak dość lekko. Szprycę przed i po każdym użyciu należy dezynfekować 5% roztworem kwasu karbolowego. Używałem jej dotąd do wstrzykiwań kokainy, emulsyi jodoformowej, kwasu chromowego, kwasu mlecznego, kwasu karbolowego i t. p..

Szprycę tę demonstrowałem na zjeździe naturalistów, odbytym w Berlinie w 1886 r. i opisałem w Nr. 12 *Centralblatt* 1886 r. <sup>1)</sup>, gdzie również znajduje się rysunek modyfikacyi podanej przez D-r KRAUZE'go, który poleca krótszą, nasadę, uważając takową za dogodniejszą i zaopatrył ją w dwa pierścienie, przez co utrzymanie jej jest rzeczywiście łatwiejszem. Szprycza KRAUZE'go wyrobiona jest z kauczuku i szkła i tę modyfikacyję obecnie i ja przyjąłem jako tańszą. Za jej pomocą robię wstrzykiwania do tkanki podśluzowej krtani z roztworu 10% kokainy MERK'a, podług następującego przepisu:

Rp. *Cocaini mur.* 0,25 [gr. iv]  
*Solutionis acidi carbolici* 2% 2,5 [ʒjj].  
 S. Do wstrzykiwań miąższowych.

Szprycza mieści tego roztworu ʒjj, czyli 4 gr. kokainy, jedna podziałka odpowiada 4 kroplom, czyli zawiera  $\frac{1}{2}$  gr. kokainy. Zwykle wstrzykuję lek w 2 miejsca, w każde po 2—3 kropel, czasem po 4 krople, stosownie do potrzeby, dochodziłem jednak do 0,05 t. j. do 1 grana, co zwykle wystarczało dla wywołania zupełnego znieczulenia. Przez dodanie do roztworu kokainy kwasu karbolowego [2%] zapobiedz można wystąpieniu zdarzającego się niekiedy zatrucia. Do tego samego wniosku doszedł i VIAN, który używał wstrzykiwań kokainy przy wrywaniu zębów.

Co do miejsca w które należy wstrzykiwać, aby usunąć bolesność przełykania, wybór jego zależy od stopnia cierpienia i jego umiejscowienia.

<sup>1)</sup> *Centralblatt für Chirurg. und Orthopaed. Mechanik.* 1886. Septembor.



Najczęściej robiłem wstrzykiwania w obrzmiałą lub owrzodzoną ścianę tylną krtani, wkłuwając igłę na  $\frac{1}{2}$  ctm. głęboko, lub w nagłośnię. Niekiedy przed nakłuciem pędzlowałem te miejsca słabym roztworem kokainy, co jednak tylko u bardzo trwożliwych pacjentów bywa potrzebnem.

W 5—7 minut po wstrzyknięciu kokainy można zauważyć następujące objawy. Utrudnienie polykania ustępuje, znieczulenie jest najsilniejsze w miejscach najbliższych wstrzyknięcia, słabsze w miejscach odleglejszych, co łatwo sprawdzić za pomocą dotykania zgłębnikiem. Znieczulenie przy wstrzyknięciu w tylną ścianę krtani występuje po kilku minutach i na błonie śluzowej ściany tylnej gardzieli, podniebienia i języczka. Niekiedy rozprzestrzeniało się ono i na błonę śluzową jamy noso-gardzielowej. Słabiej objawia się na nagłośni, jeżeli w takową kokaina nie była osobno wstrzykniętą, również słabo i nastrunach fałszywych. Ulga co do przelękania trwa od 3—6 godzin, czasem jeszcze dłużej jeżeli wstrzyknijemy  $\frac{3}{4}$ —1 gr.. Chorzy mogli wtedy pić i jeść bez żadnego bólu i nie skarżyli się jak przy pędzlowaniu na uczucie zeszywnienia i bezwładu. Nie zauważyłem również owego tak przykrego dla wielu chorych ślinotoku. Kokaina w ten sposób stosowana działała na chorych i ich stan ogólny bardzo pomysłnie, podniecała ich nastrój moralny, tak, że stanowczo domagali się oni wstrzyknięcia i przekładali takowe nad pędzlowania.

Dodać tu muszę, że wstrzykiwania kokainy, robione w błonę śluzową tylnej ściany gardzieli, okazały się mniej skutecznymi jak wstrzykiwania robione w ścianę tylną krtani i działanie ich trwało znacznie krócej niż przy pierwszej metodzie. Objawów zatrucia silniejszego nie spostrzegałem dotąd ani razu, podczas gdy przy pędzlowaniu silnymi roztworami, jeżeli chory połykał takowe, widziałem je kilka razy, choć nigdy w sposób zatrważający. Objawy ujemne, jako to: blednięcie, zemdlenie, drżenie rąk, osłabienie, niepokój, halucynacje, przechodziły zwykle same przez się, po podaniu wina, bez żadnych złych następstw. W miejscu nakłucia, pozostawało nieraz lekkie obrzmienie, trwające od kilku godzin do doby, które później zupełnie ginęło.

Metoda tu podana przedstawia w praktyce te korzyści, że pozwala znieczulenie ograniczyć do pewnych okolic i stopniować podług woli, że znieczulenie trwa dłużej i że potrzeba bardzo niewielkiej ilości kokainy [około grana], co w praktyce szpitalnej koszt znakomicie zmniejsza. Wstrzykiwania te, wywołując przytępienie czucia w okolicach przyległych gardzieli i podniebieniu, ułatwiają badanie lusterkiem. Wreszcie przy owrzodzeniach powierzchni przelękowej ściany tylnej, gdzie pędzlowanie nie przynosi ulgi, działają one kojąco przez kilka godzin. Wstrzykiwania te wymagają jednak pewnej wprawy, nie są więc dla każdego dostępne. W wydanej w tym roku pracy D-ra PIENIAŻKA z Krakowa, docenta laryngologii, stanowiącej uzupełnienie dawniej wydanego dzieła p. t.: „Laryngoskopija“<sup>1)</sup> znalazłem opis tej metody bardzo szczegółowo podany i wzmiankę, że autor posługuje się nią od Grudnia 1884 r.. Z listu prywatnego kolegi PIENIAŻKA dowiedziałem się również, że w d. 16 Grudnia 1885, na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego w Krakowie, podał szczegóły tej metody, które

<sup>1)</sup> Uzupełnienie do dzieła p. t. Laryngoskopija i t. d. wydanego w 1879 r. w Krakowie. GAZ. LEK. NR. 27. [Arkusz 2-gi].

w N-rze 13 Przeglądu lekarskiego, t. j. w Marcu 1886 pomieszczone zostały w protokóle tegoż Towarzystwa. Nie znając jego pracy, w Maju 1886 rozpocząłem próby wstrzykiwania kokainy za pomocą szprycki, wykonanej u WINDLER'a w Berlinie, którą pierwotnie posługiwałem się dla wstrzykwań mięsaszowych kwasu mlecznego. W każdym razie pierwszeństwo pomysłu i wykonania wstrzykiwań mięsaszowych kokainy dla znieczulenia krtani należy się koledze PIENIAŻKOWI. Narzędzie, którego używał, nie zostało szczegółowo opisane, w zasadzie jednak ma ono zbliżać się zupełnie do szprycki przezemnie podanej. Do wstrzykiwań PIENIAŻEK używał roztworów wodnych 5—10% i wprowadzał je w kilka miejsc na raz do tylnej ściany krtani, w ilości  $\frac{1}{2}$ —1—2 kropeł. Stosował on tę metodę zarówno przy polipach krtani, nosa, a nawet przy operacjach na migdałkach. Zauważył przytem, że objawy otrucia kokainą usunąć można wstrzykiwaniem morfiny *et vice versa*. Wogóle przy znieczuleniu powierzchownem wystarczały mu pędzlenia, przy potrzebie znieczulenia głębszego robił wstrzykiwania mięsaszowe. Co do ilości kokainy, dochodził nawet do 0,4 na jednym posiedzeniu. Dowiedziałem się również z jego pracy, że robił wstrzykiwania i do mięszu strun fałszywych i w tylną ścianę krtani również i w guzek nagłośni. Obrzmienia lub stwardnień po wstrzykiwaniach kokainy trwających do 2 tygodni, o których wspomina, nie spostrzegalem wcale. Co do mnie starannie unikam wstrzykiwań do chrząstek SANTORINI'ego, lub WRISBERG'a, lecz wstrzykuję w tkankę podśluzową, aby nie wywołać zapalnego podrażnienia i obrzmienia. Być może, że użyty przezemnie dodatek kwasu karbolowego zapobiega wystąpieniu owych nieprzyjemnych powikłań, gdyż zapalne zgrubienia, powstające po podskórnych wstrzykiwaniach morfiny, są zwykle następstwem rozkładającego się i grzybkami zanieczyszczonego płynu, czasem niedokładnie zdezynfekowanej szprycki. Czy brak objawów otrucia u moich chorych, pomimo licznych wstrzykiwań, odnieść także można do działania kwasu karbolowego, jak to przypuszcza VIAN, rozstrzygnąć nie śmiem.

W kilka miesięcy po ogłoszeniu tej metody, profesor BERNARD FRAENKEL <sup>1)</sup> ogłosił wyniki swych badań, co do jej skuteczności i podane przezemnie fakty w zupełności potwierdził. Wstrzykiwania podśluzowe kokainy stosował on również celem znieczulenia jamy nosogardzielowej, przy operacjach tamże dokonywanych i z rezultatu zupełnie był zadowolonym.

Streszczając w ogólnych zarysach dalszy rozwój terapii owrzodzeń gruźliczych przytoczyłem już, że pod wpływem przyżegań kwasem chromnym, natopionym na srebrny zgłębnik (*l. c.*), widziałem kilka razy oczyszczenie i zabliznienie się tej sprawy. Fakt ten został następnie potwierdzonym przez D-ra RETHI <sup>2)</sup> jak również i przez D-ra BAYER'a z Brukselli, którzy w krtani środek ten stosowali, nie spostrzegając wcale owych objawów otrucia, przerażających niektórych lekarzy.

W ogłoszonej w 1878 r. w Paryżu pracy D-ra PELAN'a <sup>3)</sup> znalazłem również wzmiankę o pomyślnem działaniu kwasu chromnego na gojenie się owrzo-

<sup>1)</sup> Therapeutische Monatshefte. 1887. Mai.

<sup>2)</sup> Wiener, med. Presse. Nr. 14, 16, 18. 1885.

<sup>3)</sup> L. c. str. 40.

dzeń gruźliczych, który go jeszcze przedemną przy suchotach krtani stosował. Z chwilą pojawienia się ogłoszonej przez D-ra KRAUZE'go w 1885 r. metody leczenia za pomocą kwasu mlecznego, nastąpiła zupełna reforma terapii, która pozwoli zaczyna zyskiwać coraz więcej zwolenników. Odsyłając Czytelnika do pracy mojej ogłoszonej w „Medycynie“ (l. c.), skreślię w tem miejscu dalsze wyniki, jakie przy stosowaniu tego środka otrzymałem, zarówno jak i wyniki innych lekarzy, którzy dotąd lekiem tym się posługiwali. Z góry oświadczam, że ani dziś, ani dawniej nie uważałem kwasu mlecznego jako leku swoistego przeciwko owrzodzeniom gruźliczym i nie podzielam zdania KRAUZE'go, że każde owrzodzenie gruźlicze pod jego działaniem bezwarunkowo zabliznić się musi. Działa on doskonale przy pewnych formach owrzodzeń, oczyszcza je, pobudza gojenie, na nasięki gruźlicze wpływa jednak nie dość energicznie, pomimo dłuższy czas prowadzonego wcierania. Nie daje się on u wszystkich chorych zastosować, gdyż czasami wywołuje bardzo silne objawy zapalne. W większości przypadków jednak można stwierdzić pomyślne i szybkie jego działanie. Nie zabięga on wcale powrotom, szczególnie w postaci owrzodzeń kraterowych, przerosłych, w których dnie, jak się o tem przekonałem z preparatów drobnowidzowych, znajdują się głęboko położone złogi gruzełków, niekiedy nawet otorbionych. Metoda stosowania tego środka wymaga wprawy, nie w każdym przypadku jest właściwą, najczęściej pomyślny wynik otrzymamy wtedy, jeżeli obok leczenia miejscowego, którego głównem zadaniem jest usunąć utrudnienie połknięcia, zdołamy jeszcze poprawić odżywianie i siły chorego, znieść gorączkę, słowem wpłynąć na produkcję zdrowej i silnej ziarniny. Bacząc na te kardynalne przy leczeniu suchot krtani punkty, można przy pomocy metody KRAUZE'go uzyskać w większości przypadków wyniki bardzo zadawalające, jakkolwiek za trwałość ich nigdy lekarz ręczyć ani nie może, ani nie powinien. Zabliznienia owrzodzeń gruźliczych nie możemy jeszcze uważać jako radykalne wyleczenie suchot krtani, głównie dlatego, że prawie zawsze towarzyszą one suchotom płuc, jakkolwiek stwierdzono wielokrotnie, że jednocześnie z poprawą krtani poprawia się i stan płuc, zarówno jak i ogólny stan chorego [KRAUZE, PELAN, HERYNG]. Co do techniki wcierań, to na punkt ten baczna należy zwrócić uwagę, gdyż nie ulega kwestyi, że ogłaszane wyniki ujemne były po części spowodowane niestosownem i nieumiejętnem użyciem tego środka. Jako dowód przytaczam pracę D-ra MASSINI'ego, zatytułowaną: „*Sul valore negativo dell'acido lattico nella cura della tubercolosi laringea*“<sup>1)</sup>. Rzecz szczególna, że niedokładna ta co do wniosków publikacja daleko więcej trafiła do przekonania wielu lekarzy, szczególnie w Francyi i we Włoszech, niż cały szereg pomyślnych wyników, ogłoszonych przez prof. SCHROETTER'a, M. SCHMIDT'a, BETZ'a, SEIFERT'a, JELINKA, B. FRAENKEL'a i innych. Niektóre pisma francuzkie, specjalnie poświęcone laryngologii, na podstawie pracy MASSINI'ego przestrzegały przed stosowaniem kwasu mlecznego, jak wogóle przed użyciem każdego energiczniejsze go leczenia suchot krtani, głównie dla tego, że stosując go zapewne bez należyte

<sup>1)</sup> Bolletino delle malattie dell' orecchio, della gola e del naso. Firenze. 1886. Nr. 3.

znieczulenia kokainą, zauważono kilka razy pojawienie się kurczu krtani i że u niektórych chorych kwas ten wywoływał silne pieczenie w krtani. Smutnie wyglądałaby nasza terapia, smutniej jeszcze chirurgija, gdyby wobec groźnej dla życia choroby ten wzgląd miał wpływać na potępienie racjonalnie wskazanych i pożytecznych metod lub środków leczniczych.

Co do powstawania skurczu krtani po pędzlowaniach kwasem mlecznym, nie należy go przypisać wyłącznie działaniu lekarstwa, lecz czasem wadliwej technice i użyciu nieodpowiednich pędzelków. U każdego chorego można wywołać skurcz krtani, nawet pędzując ją kokainą, jeżeli płyn z pędzelka ścieknie do tchawicy, jeżeli wejdziemy nim pod struny głosowe, wreszcie gdy silnie pędzłem lub jego nasadką podrażnimy tylną ścianę krtani. Metoda KRAUZE'go, przyjęta z początku w Berlinie z wielkiem niedowierzaniem, na zjeździe lekarskim, odbytem tamże w 1886 r., już przychylniej została ocenioną. Oprócz ogłoszonych poprzednio prac JELINKA, moich spostrzeżeń <sup>1)</sup> i rozprawy ROSENFELD'a <sup>2)</sup> drukowanych w 1886 r., pojawiły się przedtem prace GLEITSMANN'a <sup>3)</sup>, praca D-r DELIE z Yprés <sup>4)</sup>, którzy potwierdzili pomyslnie jej działanie.

Na sekcji laryngologicznej wspomnianego zjazdu, po wykładzie KRAUZE'go, który uzupełnił swe dawniejsze wyniki lecznicze <sup>5)</sup> i po moim odczycie <sup>6)</sup>, którego szczegóły podaję w niniejszej pracy, nastąpiła dyskusja nad tym przedmiotem, bardzo ożywiona i zakończona porażką przeciwników tej metody.

Szałę zwycięstwa przechylił na naszą stronę przedstawiciel szkoły wiedeńskiej, prof. SCHROETTER, który zaznaczywszy na wstępie, że jako wychowanec instytucji odznaczającej się sceptycyzmem i przesiąknięty niemal jego zasadami, widzi się jednak zmuszonym oświadczyć, że jakkolwiek i dawniej na tysiące chorych widział niekiedy zagojenie owrzodzeń gruźliczych, to przy stosowaniu tej metody spostrzegał całe szeregi zablźnień owrzodzeń gruźliczych, w najróżnorodniejszych formach i okresach, nieraz i przypadki najcięższe, t. j. połączone ze znacznem zniszczeniem krtani lub nasiękami tak wielkimi, że tracheotomija stawała się niemal nieuchronną. Ogłoszone przez JELINKA spostrzeżenia kontrolował przez cały czas i potwierdził uzyskane w nich wyzdrowienia. Prof. SCHNITZLER zabrał później głos i przyznając, że pod wpływem kwasu mlecznego widział zablźnienie owrzodzeń gruźliczych, oświadczył się jednak za wdmuchiwaniem jodoformu, którego wpływ pomyslny na owrzodzenia chwali, ponieważ nie jest w zastosowaniu bolesny. BETZ z Moguncyi i prof. BERNARD FRAENKEL z Berlina oświadczyli się także za skutecznością metody KRAUZE'go, podczas gdy ROSENBERG z Berlina zalecał kolegom mentol jako pożyteczny środek przy owrzodzeniach gruźliczych krtani.

Prof. STOERCK, zgodnie ze swemi od lat 20 wygłoszonemi zasadami terapeutycznego nihilizmu przy suchotach krtani, bronił swej tezy tem głównie, że

<sup>1)</sup> L'acide lactique, comme moyen curatif des ulcérations tuberculeuses du larynx. Extrait des annales des maladies de l'oreille et du larynx.

<sup>2)</sup> Ueber die locale Behandlung der tuberculösen Larynxgeschwüre. Inaugural Dissertation der med. Facultät zu Freiburg. 1886.

<sup>3)</sup> Medical Record. New-York 16 Januar. 1886.

<sup>4)</sup> Revue médicale de Louvain. 1886.

<sup>5)</sup> Die Milchsäure in der Therapie der Larynxphtisis. Deutsche med. Woch. 1887.

<sup>6)</sup> Ein Beitrag z. chirurgischen Behandlung d. Laryx-tuberculose. Nr. 8 i 9. Ibidem.

dawniej już po przyżeganiach tych owrzodzeń azotanem srebra spostrzegął pogorszenie objawów. I dziś jeszcze ogranicza się on do pendzlowań owrzodzeń kokainą i do zalecania kuracyi mleczonej, przez co należy mu się zasługa nie tyle racjonalnego jak konsekwentnego à outrance postępowania. Oprócz wspomnianych tu prac i poglądów, pojawiły się w naszej literaturze trzy prace o tej metodzie, t. j. dwie kolegi WRÓBLEWSKIEGO <sup>1)</sup> i jedna D-ra OLTUSZEWSKIEGO. Potwierdzają one pomyślny wpływ kwasu mlecznego na owrzodzenia gruźlicze i zawierają: pierwsza 3, druga 9 spostrzeżeń suchot krtani leczonych tą metodą <sup>2)</sup>.

Kolega OLTUSZEWSKI na 9 przypadków w 6 uzyskał zabliznienie owrzodzeń przez dłuższy czas trwające, u niektórych jednak chorych zjawily się później powroty. Kolega WRÓBLEWSKI w 3 przypadkach widział u jednego chorego trwale zabliznienie, u 2 chorych po pewnym czasie pojawiły się recydywy.

Oprócz wymienionych tu prac nadmienić jeszcze muszę o wynikach otrzymanych przy stosowaniu kombinowanej metody, t. j. wdmuchiwań jodolu i stosowania kwasu mlecznego, ogłoszonej przez D-ra SEIFFERT'a z Würzburga, w *N. 4 Münchener med. Wochenschrift. 1887*, pracy D-ra BRUNN'a, ogłoszonej w *N. 19 Deutsch. med. Wochenschr. t. r.*, który pod wpływem kwasu mlecznego uzyskał zabliznienie owrzodzeń gruźliczych krtani. Ten sam skutek zauważył on również przy stosowaniu 20% mentolu, zaleconego przez ROSENBERG'a, który to płyn wstrzykiwał do krtani. BRUNN stosował mentol u osób bardzo czułych na ból i podaje, że zabliznienie wymagało wtedy dłuższego czasu niż przy użyciu kwasu mlecznego. Próby które robiłem z roztworami tegoż środka, nie dały mi wyników zadawalających tak że wkrótce takowych zaniechałem, mając lepsze i szybciej działające w tym kierunku środki. [C. d. n.]

## II. UWAGI O MIĘSIENIU CZYLI MASSAŻU, OPARTE NA WŁASNEM DOŚWIADCZENIU KLINICZNEM.

Przez

**Józefa Garbowskiego.**

lekarza miejscowego w szpitalu Dzieciątka Jezus.

[Ciąg dalszy. — Patrz N. 26].

Rozpoznanie mogło się wahać pomiędzy skurczem pisarskim [paralityczną postacią], a nerwobólem splotu ramieniowego. Punkty bolesne, rozszerzanie się bólu aż do łopatki, nadczołość splotu, brak charakterystycznych dla skurczu dysharmonijnych ruchów przy pisaniu, skłoniły do przyjęcia drugiego rozpoznania.

<sup>1)</sup> Pierwsza praca D-ra WRÓBLEWSKIEGO ogłoszona w N-rze 43 Gazety Lekarskiej 1886 potwierdza pomyślny wpływ kwasu mlecznego na oczyszczenie owrzodzeń gruźliczych krtani i zmniejszenie trudności polykania.

<sup>2)</sup> WŁ. WRÓBLEWSKI. Trzy przypadki wygojenia owrzodzeń gruźliczych krtani. Rok 1887. Medycyna T. XV.

<sup>3)</sup> WŁ. OLTUSZEWSKI. Przyczynek do działania kwasu mlecznego w gruźlicy krtani. Medycyna. Nr. 7. 1886.

Wskazania do użycia mięsienia w tym przypadku były: możność podziałania na szczególnie zajęte gałęzie nerwowe [nerwu promieniowego] w punktach bolesnych i możność wzmocnienia mięśni dłoni i przedramienia przez mięsienie i gimnastykę. Mam chorą w leczeniu już pięć tygodni. Poprawa widoczna. Bóle w rękę zjawiają się tylko przy pisaniu i dopiero po 20 minutach takowego, odpoczynek kilkominutowy wystarcza do usunięcia bólu i zmęczenia. Ból ten jednak jest daleko mniej dotkliwy i chora pomimo niego może dalej pisać, zabroniłem jednak podobnych prób. Chora z odpoczynkami może pisać od 3—4 godzin.

Pismo jest wyraźne, równe, charakter pisma wrócił ten sam, jaki był przed chorobą, chora pisze tylko daleko wolniej.

Mięsienie w tym przypadku polegało na mocnym pocieraniu przedramienia i ramienia, na uderzaniu krawędzią ręki w miejsca szczególnie bolesne i na szczypaniu i gnieceniu mięśni dłoni i przedramienia. Każde posiedzenie kończę ćwiczeniami gimnastycznymi palców.

Podobny bardzo przypadek do powyżej opisanego z takimi samymi bolesnymi punktami i bólami, zjawiającymi się szczególnie przy szyciu i graniu [pisanie nie przedstawia trudności], obserwowałem u pani D., osoby lat 23, dobrze zbudowanej, z silnie rozwiniętymi mięśniami ręki. Chora odpowiadała mi, że cierpi osłabienie i ból w rękę, raczej w rękach, już od bardzo dawna, ból ten przeszkadzał jednak jej szyc i grać; dopiero w Listopadzie 1885 r., t. j. w czasie, w którym mnie wezwała, stan jej się pogorszył. Zastosowałem mięsienie na tych samych podstawach i w ten sam sposób, co w poprzedzającym przypadku. Po 6 tygodniach podobnego postępowania nastąpiło znaczne polepszenie, bóle się zmniejszyły, chora mogła szyc i grać bez bólu. Po paru miesiącach znowu zostałem wezwany do tej samej chorej, gdyż po bardzo forsownym graniu bóle, chociaż z mniejszym natężeniem, wróciły. Tym razem mięsienie małą ulgę przynosiło, drażniło chorą, która się zniechęciła, co widząc przerwałem leczenie mięsieniem i odtąd chorej nie widziałem.

Rwa kulszowa (*ischias*). Wskazaniem do zastosowania mięsienia w tem cierpieniu jest możność podziałania na sam pień nerwowy u jego wyjścia z miednicy i na przebiegu po tylnej powierzchni biodra. Staramy się wywołać w nerwie tym zmiany, o jakich wspominałem w ogólnej części mej pracy, przez mocne uciskanie samego pnia, bardzo silne uderzanie, mocne zginanie całej kończyny dolnej wyprostowanej, rodzaj naciągania stopniowego nerwu. Wzmocniamy działanie to przez rozgniatanie za pomocą gniecienia i uderzania zakończeń nerwu na łydce i na stopie. Wszyscy autorowie wspominają o przypadkach tego cierpienia wyleczonych za pomocą mięsienia. SCHREIBER <sup>1)</sup> nawet opisuje bardzo szczegółowo kilka przypadków z podaniem leczenia dzień za dniem.

Ja sam leczyłem za pomocą mięsienia cztery przypadki tego rodzaju.

1) J. D. ustawiacz pociągów na kolei terespolskiej, zjawił się do mnie z polecenia kol. KRYŻEGO w pierwszych dniach Września b. r. i opowiadał, że

<sup>1)</sup> SCHREIBER, Praktische Anleitungen zur Behandlung durch Massage. Leipzig. 1883.

zachorował w początkach Czerwca, t. j. w tym czasie musiał już porzucić służbę, gdyż spełnianie takowej z powodu silnych bólów w biodrze było niemożliwym. Zaczął leczenie od słonych kąpielí, co gdy nie pomogło, udał się do kol. JAWDYŃSKIEGO, który zalecił mu i zrobił przypalanie wzdłuż nerwu przyrządem RAQUELIN'a. Środek ten z początku poskutkował, chory poczuł ulgę, wkrótce jednak bóle znowu wróciły; chory nietylko chodzić ale i spać nie mógł, najmniejsze dotknięcie łydki, np. koldrą, budziło go. Po dziesięcio-minutowem chodzeniu nie mógł nogi zgiąć o tyle, aby zdjąć z niej but. Idąc chory kuleje i podpira się laską, przy najmniejszym podniesieniu wyprostowanej w kolanie kończyny syka z bólu. W tym stanie przybył do mnie. Zastosowałem mięsienie, na zasadach i w sposób wyżej wspomniany, dodałem do tego ciepłe słone kąpiele z dodatkiem terpentyny.

Po sześciu tygodniach codziennego mięsienia ból w udzie zmniejszył się o tyle, że chory mógł chodzić bez bólu i wielkiego zmęczenia. Ból w łydce i stopie znikł zupełnie, pozostał tylko w górnej części uda, a powstawał za ledwie po długiem chodzeniu lub po bardzo gwałtownych ruchach. Nogę wyprostowaną mógł bez bólu podnosić na kilka stóp od ziemi. Wrażliwość na ucisk znacznie się też zmniejszyła.

Wtenczas przerwałem leczenie na dwa tygodnie, aby się przekonać o trwałości pozyskanego polepszenia, chory zaczął pracować, ale dostał mniej uciążliwe zajęcie. D. zjawił się do mnie znowu na początku Listopada b. r.. Stan się nie pogorszył, wszystko pozostało jak w dniu kiedy mię opuszczał, a nawet dało się zauważyć lekką poprawę: chory chodził bez laski zupełnie swobodnie, mógł odbywać 24 godzinną służbę, nachylał się nawet bez wielkiego bólu. Postanowiłem jeszcze raz powtórzyć leczenie aby doszczętnie znieść bóle.

Dwa drugie przypadki scyjatyki, leczone przezemnie, dotyczą dwóch kobiet, które zgłosiły się do mnie do ambulatoryjum szpitalnego dnia 25 Października. Bóle były mniej silne niż w poprzedzającym przypadku i ograniczały się do uda, ruchy były swobodniejsze. Po dziesięcio-dniowem codziennem mięsieniu nastąpiła znaczna poprawa, potem chore znikły mi z oczu.

Czwarty przypadek dotyczy pani Z. sześćdziesięcioletniej osoby, oddawna już cierpiącej na peryjodycznie powtarzające się bóle scyjatyczne, które były umiejscowione w prawej dolnej kończynie i przeważnie w udzie, chociaż lekkie bóle odzywały się i w łydce. Chora zgłosiła się do mnie w początkach Czerwca b. r.. Zastosowałem mięsienie. Posiedzeń odbyłem 25. Ulga po leczeniu była tak wielka, że chora mogła odbywać spaceró piechotą ze środka miasta do Łazienek, gdy poprzednio z trudnością i bólem mogła używać ledwie półgodzinnej przechadzki.

#### *Paralysis n. radialis* dwa przypadki.

Uściński, 31-lat, zwrotniczy na drodze Terespolskiej. Widziałem pierwszy raz chorego na Pradze w ambulatoryjum w pierwszych dniach Października 1885 r.. Chory opowiadał, że w początkach Lipca tegoż roku dostał się pomiędzy wagony i prócz innych obrażeń, otrzymał silne uderzenie buforem w prawe ramię; wkrótce potem wystąpiły objawy, które przy oglądaniu chorego zauważyłem. Ruchy ramienia i przedramienia ręki prawej zupełnie prawidłowe. Dłoń natomiast zwiesza się bezwładnie, ruch wyprostny dłoni i palców prawie zupełnie zniesiony. Chory może tylko palce i dłoń zginać, ale i ten ruch bardzo jest ograniczony: nie może nawet najbliższego przedmiotu utrzymać w ręku. Prócz tego na dłoni wzdłuż ścięgien mięśni wyprostnych zauważyć się dawał wysięk. Czucie niezłe

zachowane, trochę [w porównaniu z drugą ręką] przytępione na stronie wyprostnej przedramienia. Odczynu zwyrodnienia nie było. Miałem tu więc do czynienia z przypadkiem urazowego bezwładu promieniowego (*paralysis radialis traumatica*). Wziąwszy pod uwagę, że mogę najprzód przez lekkie uderzenie i pocieranie ramienia, a przeważnie wyprostnej jego powierzchni, pobudzić nerwy i wywołać w nich korzystne zmiany, że powtórę przez szczypanie i uderzanie mogę pobudzić mięśnie, zwiększyć ich kurczliwość i pobudliwość, że nareszcie po trzeciej mogę usunąć wysięki na około ścięgien, postanowiłem spróbować w tym przypadku mięsienia, tembardziej, że miesiąc trwająca elektryzacja żadnej ulgi nie przyniosła.

Do mięsienia dodałem gimnastykę palców i dłoni. Wynik był świetny; już w drugiej połowie Października, t. j. po trzech tygodniach codziennego mięsienia, chory mógł podnosić dłoń, nieco wyprostować palce, lżejsze przedmioty podnosił i trzymał dosyć długo, cięższe też mógł już podnosić. Najtrudniej było sobie poradzić z mięśniami wielkiego palca, ruchy takowego ciągle jeszcze były bardzo niezgrabne.

W połowie Listopada, t. j. w szóstym tygodniu mięsienia, chory już zupełnie swobodnie podnosił dłoń, palce prostował. Zginanie palców zupełnie swobodne. Podnosił i utrzymywał nawet ciężkie przedmioty. Zaleciłem gimnastykę i zaprzestałem leczenia. W połowie Grudnia widziałem znowu Uścińskiego; był zupełnie zdrow i mówił mi, że od kilku tygodni pełni już służbę.

Doktorski Stanisław, lat 26, szewc, zgłosił się do ambulatoryjum szpitalnego dnia 1 Września z. r. i opowiedział, że trzy dni przed tem po przespaniu się na trawie z ręką prawą podłożoną pod siebie, zauważył niemożność podnoszenia dłoni i wyprostowywania palców. Zmiany ruchowe zauważyłem takie same co i w poprzedzającym przypadku, tylko brak było wysięków wzdłuż ścięgien i czucie zupełnie było zachowane. Zastosowałem mięsienie i gimnastykę palców i dłoni oraz zaleciłem kąpiele ciepłe słone na przedramię i dłoń. Po czterech tygodniach mięsienia, chory dłoń podnosił, palce nieźle prostował, utrzymywał lekkie przedmioty. Po sześciu tygodniach, t. j. 10 Października, mógł utrzymać dwufuntowy ciężar, podnosić i opuszczać dłoń, ruchy palców były prawie zupełnie swobodne, 20 Października wrócił do pracy.

Z chorób stawów w leczyłem za pomocą mięsienia: zapalenie przewlekłe surowicze stawu kolanowego, stężenia stawów, wysięki około-stawowe i wykręcenie stawów (*distorsio*).

Surowicze zapalenia przewlekłego kolana leczyłem przypadków 8. We wszystkich, prócz wysięku w stawie, był wysięk na około więzów rzepkowego. Chodzenie było bardzo utrudnione. Przy stawianiu wskazań do leczenia tych przypadków za pomocą mięsienia, opierałem się na tem, że mięsienie przyspiesza wsiąkanie, dalej na doświadczeniach MOSENGEIL'a i na danych statystycznych. Statystykę taką, wyjętą z pracy JOHNSOHN'a (*Statistik. hospital Tidende R. 2. B. v*). znalazłem u REIB-MAYER'a. Podług niej na 43 przypadki *sinovitis serosae chronicae*, leczonych za pomocą mięsienia, wyleczono zupełnie 34 chorych, t. j. 79%, w pozostałych zaś 9 przypadkach nastąpiła poprawa [JOHNSOHN przytacza też pięć przypadków *sinovitis serosae acutae* wyleczonych za pomocą mięsienia i 89 przypadków *sinovitis hyperplasticae*, z których w 55 nastąpiło wyleczenie, w 30 poprawa, a tylko 4 pozostały *in statu quo ante*]. Mięsienie ma w tych przypadkach tę wyższość nad innymi środkami, jak nakładanie gipsu, pryszczydła, że przy tych wszystkich środkach unieruchamia zupełnie staw, skutkiem czego po zniknięciu wysięku pozostają stężenia, zanik mięśni wskutek nieczynności i t. d.



czego przez wykonywanie ruchów biernych unika się przy mięsieniu. Jeżeli wysięk w stawie jest bardzo obfity, to można przed zastosowaniem mięsienia wypuścić płyn przyrządem POTAIN'a, a następnie dopiero po jakich dziesięciu dniach mięsić. Manipulacje używane tutaj polegają na uciskaniu wydatnych części torebki stawowej i jednoczesnem pocieraniu uda dla przepędzenia wyciśniętego płynu w naczynia chłonne. Wczase leczenia doradzam choremu noszenie gumowego kolanka, aby przez ciągły jednostajny ucisk utrwalić działanie mięsienia. Każde posiedzenie kończę kilkoma ruchami biernymi. Leczyłem 8 przypadków tego cierpienia.

Pani M. lat około 40-tu zgłosiła się do mnie z porady kolegi JASIŃSKIEGO w początkach Stycznia b. r.. Chorą widziałem w domu ledwie przesuającą się o kulach z pokoju do pokoju. Opowiedziała mi, że przed kilku miesiącami zwichnęła nogę i że wkrótce potem wystąpił ból w kolanie, następnie kolano spuchło i chora zmuszoną była położyć się do łóżka. Nałożono gips, który pozostawał na nodze blisko miesiąc.

Stan chorej nieco się poprawił, zaczęła trochę o kiju chodzić po domu, ale na ulicę jeszcze wyjść nie mogła. Wreszcie w Grudniu 1886 r. stan się znowu pogorszył, a w początkach Stycznia zostałem wezwany. Znalazłem kolano lewe spuchnięte, w stawie wysięk, rzepka pływająca. Prócz tego wysięk na około więzu rzepkowego i więzów bocznych. Kolano na dotyk bolesne. Stańc na chorej nodze pani M. zupełnie nie może, zgina w kolanie nogę pod kątem silnie rozwartym. Zastosowałem mięsienie, które z początku było bardzo bolesne, po kilku jednak dniach stało się znośnem. Po 30 posiedzeniach ból i wysięk znacznie się zmniejszyły: chora mogła chodzić po pokoju o jednej kuli, mogła stanąć na chorej nodze, zginała w kolanie nogę pod kątem prostym. W dwa miesiące po rozpoczęciu leczenia, t. j. w końcu Lutego, ból prawie zupełnie ustał, a po dłuższem chodzeniu uczuwała chora pewien rodzaj prężenia w stawie kolanowym. Obrzęk i wysięk zmniejszyły się znacznie. Chora zginała nogę pod kątem ostrym, chodziła o kiju swobodnie. Odtąd mięsienie robiłem tylko 2 razy na tydzień i zaleciłem codzienną gimnastykę. W końcu Kwietnia b. r. pani M. zaczęła wychodzić na ulicę.

Panna A. O. lat 20, przysłana do mnie w początkach Marca b. r. przez kol. JASIŃSKIEGO skarży się na silny ból w kolanie lewem i opowiada, że już od miesiąca jest chora na nogę, że zalecono jej przyszczydła na kolano, poczem znacznie się lepiej zrobiło, ale że ból wkrótce wrócił tak silny, że musiała porzucić lekcye. Znalazłem staw kolanowy obrzękły, wysięk w stawie dosyć obfity, rzepkę pływającą. Ból przy najlżejszem poruszeniu. Chora o kiju może chodzić i bardzo mało kuleje, zgina nogę w kolanie ledwo do kąta prostego. Pozostać w domu z powodu zajęcia chora nie może ani jednego dnia. Zastosowałem mięsienie i zaleciłem noszenie kolanka gumowego. Po sześćcio-tygodniowem leczeniu bóle ustały, wysięk znikł prawie zupełnie. Chora mogła chodzić swobodnie, zginała nogę w kolanie pod kątem ostrym. W końcu Maja p. O. była zupełnie zdrową.

N. izraelita, lat 29, kupiec, raczej faktor. Po bardzo długiem chodzeniu i silnem przeżębieniu uczuł ból w kolanie, kolano zbrzękło. Chory udał się w połowie Lipca do lekarza, który zalecił przyszczydło i spokój. Po takim leczeniu chory uczuł ulgę, ale pozostał zawsze ból przy chodzeniu, a kolano było obrzękłe. Wtenczas, t. j. w początkach Sierpnia b. r. zgłosił się z porady D-ra ORŁOWSKIEGO do mnie. Znalazłem wysięk w stawie, rzepkę pływającą, również wysięk około więzu rzepkowego. Ruchy były bolesne, zginanie możebne do kąta prostego. Po 20 posiedzeniach nastąpiło wessanie kolana zupełnie, bóle ustąpiły; chory mógł znowu zająć się swoim fachem.

Panna Z., lat 19, zgłosiła się do mnie w pierwszych dniach Czerwca 1886. Skarżyła się na ból w kolanie lewym. Chora cierpi już od roku na gościec stawowy, który rozpoczynawszy się od ramion, przeszedł prawie wszystkie stawy. Stawy łokciowe dotąd zajęte, ale chorej w danej chwili dokuczają najwięcej kolano. Znalazłem w stawie kolanowym lewym niewielki wysięk surowiczny, zato znaczne zgrubienie ścięgna rzepkowego. Zginanie w kolanie bardzo bolesne i trudne, chora zaledwie kilka kroków o kiju zrobić może.

Dwutygodniowe mięsienie poprawiło stan o tyle, że bóle zmniejszyły się, zginanie w kolanie do prostego kąta niebolesne, chora chodzić mogła o kiju dosyć swobodnie, zaczęła wychodzić z domu. Wysięk w stawie i około więzów zmniejszył się. W końcu Czerwca panna Z. wyjechała do Ciechocinka i więcej jej nie widziałem.

Pan Z., inżynier, lat około czterdziestu paru, zgłosił się do mnie w połowie Sierpnia z porady D-ra ORŁOWSKIEGO. Jako przyczynę cierpienia podaje chory uderzenie w kolano. Kolano wówczas spuchło, chory był zmuszony położyć się, nałożono mu gips, w którym noga pozostawała blisko miesiąc. Po tem leczeniu stan się poprawił, bóle się zmniejszyły, chory mógł nieco chodzić, ale zawsze o kiju. Wtedy przyszedł do mnie; przy badaniu znalazłem w stawie kolanowym lewym wysięk surowiczny niewielki, zgrubienie około ścięgna rzepkowego, bolesność przy zginaniu w kolanie do kąta prostego i przy staniu na chorej nodze.

Zastosowałem mięsienie i zaleciłem kąpiele słone. Po 20 posiedzeniach bóle ustąpiły, zginanie kolana pod kątem prostym mogło być wykonane bez bólu; wysięki znikły. Chory chodził swobodnie bez kija.

Pan J., artysta opery, zgłosił się do mnie w połowie Lipca 1885 r. i opowiedział, że przed pół rokiem cierpiał na zapalenie tkanki luźnej w dolnej części biodra (*phlegmone profundum femoris*). Cierpienie to było leczone przez nacięcia, które gdy się zagoiły, pozostał wysięk i ból w stawie kolanowym. Zastosowano przyszczydła; wysięk się zmniejszył, ale nie uległ wessaniu zupełnie. Pozostał ból przy chodzeniu i zginaniu kolana; chory chodził o kiju. Zastosowałem mięsienie i kąpiele słone. Po trzytygodniowym mięsieniu, wysięk i ból znikły zupełnie, chory mógł chodzić bez kija i przyklękać na chore kolano.

K., lekarz zgłosił się do mnie w połowie Lipca b. r., skarżąc się na ból w kolanie i zupełną niemożność przestępowania na lewą nogę. Opowiedział, że przed paroma miesiącami dostał zapalenia ostrego stawu kolanowego, stawiał przyszczydła, potem miał nałożony na nogę opatrunek gipsowy, który zdjął na parę tygodni przed przyjściem do mnie. Po tej kuracji nastąpiło polepszenie o tyle, że mógł chodzić o dwu kulach. Znalazłem kolano lewe bardzo obrzękłe, wysięk obfity w stawie i naokoło więzów bocznych i więzu rzepkowego; prócz tego obrzęk niewielki stopy, ból w kostce zewnętrznej. Zginać chory nogę może tylko pod kątem mniej więcej 150°. Zastosowałem mięsienie. Ból przy manipulacjach z początku bardzo dotkliwy, po parotygodniowym mięsieniu zmniejszył się znacznie. Po 25 posiedzeniach stan chorej nogi poprawił się o tyle, że wysięki się zmniejszyły, forma kolana stała się bardziej prawidłową, ból znacznie mniejszy i zjawiający się tylko po dłuższem chodzeniu. Chory mógł parę razy przejść po pokoju bez kuli, a nawet kija, mógł stać parę sekund na chorej nodze, zginał nogę w kolanie bez bólu do kąta prostego. Po ulicy bez kul nie odważał się jeszcze chodzić. W tym czasie, K. musiał z Warszawy wyjechać i więcej go nie widziałem. [D. n.]

SPRAWOZDANIE <sup>1)</sup>  
**Z ODDZIAŁU CHIRURGICZNEGO**  
MĘŻKIEGO

W SZPITALU DZIECIĄTKA JEZUS Z 1886 ROKU.

PODAŁ

Dr. Władysław Orłowski

starszy ordynator tegoż szpitala.

Odsetka śmiertelności w oddziale chirurgicznym mężczyzn w roku bieżącym jest tak znaczną i w żadnym z oddziałów chirurgicznych dotąd niebywałą, iż przede wszystkim wymaga dokładnego wyjaśnienia przyczyn, z kąd właściwie, jeżeli nie na gołych li tylko cyfrach opierać się będziemy, powstać mogła.

W roku bieżącym, z polecenia władzy wyższej, otwarto w Szpitalu Dzieciątka Jezus trzeci oddział chirurgiczny, w skład którego weszły trzy salki oddziału chirurgicznego mężczyzn, zmniejszając ogólną ilość łóżek o dziewiętnaście, tym więc sposobem w oddziale chirurgicznym mężczyzn w chwili obecnej zamiast 64 łóżek mamy 45. Lecz przy oddziale chirurgicznym mężczyzn pozostała niemal cała, bo bez dwóch łóżek tylko, tak zwana salka górna, do której od niepamiętnych czasów gromadzą się chorzy, zanieczyszczający powietrze, i z niewielkim wyjątkiem, prawie bez nadziei wyzdrowienia będący, cyfrę zaś bardzo poważną wespół nich stanowią tranzlokowani z oddziałów wewnętrznych, jak to poniżej szczegółowo w działach odpowiednich wykazaniem będzie.

Jeżeli więc już i poprzednio, z powodu ogromnej ilości zmarłych w tej sali, odsetka śmiertelności w oddziale chirurgicznym mężczyzn zawsze była znaczną, w roku bieżącym z powodu zredukowania ogólnej ilości łóżek, wypadła rzeczywiście niebywałą.

Kwestyja tranzlokacji chorych do oddziałów chirurgicznych lub wprost przyjmowania do tych oddziałów z chorobami wewnętrznymi chorych, u których odleżyny różnych okolic ciała, lub, co bywa jeszcze częściej, nieznaczne owróżdzenia goleni, stanowią tylko powikłania chorób wewnętrznych, powinna być, w przekonaniu mojem, stanowczo i w sposób odpowiedni unormowana.

Obok względów moralnych, owego przygnębiającego wrażenia, na jakie narażoną jest większość chorych, przybywających do sali górnej, w przeświadczeniu, iż ztamtąd wraca tak niewielu, staje kwestyja inna, o ile szkodliwym jest i przeciwnem wszelkim zasadom tworzenie w szpitalu podobnego ogniska, w którym z powodu pewności różnego rodzaju zakażeń, rzeczywiście niepodobna jest umieścić żadnego chorego, któremu z pomocą przyjść można.

Istniejący od lat wielu zwyczaj, tak zwany *usus*, opierający się li tylko na tem, iż w oddziałach chorych wewnętrznych brak jest środków opatrunkowych, w przekonaniu mojem nie ma racyi bytu; sala górna, odpowiednio oczyszczona, przekształcona, raz powinna wejść do składu sal, tworzących oddział chirurgiczny mężczyzn i tą li tylko drogą usunie się raz na zawsze owo ognisko, dla ogółu chorych tak szkodliwe.

<sup>1)</sup> Z powodu pomieszczenia niniejszego sprawozdania numer *Gazety* został powiększony o 36 kolumn czyli Nr. 27 *Gazety* zawiera stron 60.

SZCZEGÓŁOWY WYKAZ CHOROÓB W ODDZIALE LECZONYCH ROK 1886.

	Okolice ciała																														
	Uszkodzenia	Wyzdrowiało	Niezupełnie uleczono	Umarto	Pozostaje	Zapalenia ostre	Wyzdrowiało	Niezupełnie uleczono	Umarto	Pozostaje	Zapalenia chroniczne	Wyzdrowiało	Niezupełnie uleczono	Umarto	Pozostaje	Nowotwory	Wyzdrowiało	Niezupełnie uleczono	Umarto	Pozostaje	Różne choroby	Wyzdrowiało	Niezupełnie uleczono	Umarto	Pozostaje	Ilość ogólna	Wyzdrowiało	Niezupełnie uleczono	Umarto	Pozostaje	
I.	Czaszka i uszy . . . .	32	11	16	4	1	6	3	3	1	2	—	—	—	—	3	3	—	—	—	—	3	2	1	—	—	44	19	18	6	1
II.	Twarz, jamy ust i nosa .	8	4	3	—	1	9	3	6	—	—	1	—	1	—	22	11	11	—	—	—	12	5	5	1	1	52	23	26	1	2
III.	Szyja i kark . . . . .	2	—	1	—	1	6	2	3	1	—	2	—	1	1	7	—	3	4	—	—	9	—	8	—	1	26	2	16	6	2
IV.	Kolumna kręgową . . . .	2	1	—	1	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	8	—	5	2	1	11	1	6	3	1	—
V.	Piersi i grzbiet . . . . .	8	3	4	1	—	5	1	3	—	1	5	—	1	3	1	1	—	—	—	2	—	2	—	—	21	5	10	4	2	
VI.	Brzuch . . . . .	—	—	—	—	—	4	2	2	—	—	—	—	—	—	2	—	1	1	—	2	—	11	6	2	3	17	8	5	4	—
VII.	Narządy moczowe . . . .	2	—	1	—	1	4	3	1	—	—	18	5	13	—	3	—	1	2	—	20	4	10	3	3	47	12	26	5	4	
VIII.	Narządy płciowe . . . . .	1	1	—	—	—	4	—	4	—	—	2	1	1	—	2	—	2	—	2	1	2	1	1	—	11	3	8	—	—	
IX.	Miednica, łędźwie . . . .	1	1	—	—	—	9	4	5	—	—	1	1	—	—	10	4	3	1	2	22	10	10	2	—	43	20	18	3	2	
X.	Kończyny górne . . . . .	52	19	24	1	8	18	7	10	—	1	6	2	3	—	1	—	1	—	—	16	5	10	1	—	93	33	47	3	10	
XI.	Kończyny dolne . . . . .	60	29	25	2	4	39	21	13	3	2	40	9	26	2	3	1	1	—	—	26	4	16	4	2	166	64	80	11	11	
XII.	Różne okolice ciała . . . .	25	10	11	3	1	4	1	2	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	20	3	3	14	—	49	14	16	18	1	
		193	79	85	12	17	108	47	50	7	4	76	18	47	6	5	52	20	21	9	2	151	40	73	30	8	590	204	276	64	36

Chorych w dniu 1.I 1886 roku pozostawało . . . . .	53
W ciągu roku przybyło . . . . .	469
Z oddziałów wewnętrznych tranzlokowano . . . . .	58
razem. . . . .	580
Z liczby tych: wyzdrowiało. . . . .	187
wyszło niezupełnie uleczonych . . . . .	293
umarło. . . . .	64
pozostało w dniu 1.I roku 1887 . . . . .	36
razem. . . . .	580

Odsetka śmiertelności wypada 11%.

W liczbie 64 zmarłych znajduje się 10, którzy przybyli umierający i 16 tranzlokowanych z oddziałów chorych wewnętrznych, właściwie więc cyfra zmarłych w oddziale leczonych spadnie do 38, odsetka zaś śmiertelności wypada 6,5%. Dodać należy, iż w tej liczbie jest jeszcze wielu, bynajmniej nie kwalifikujących się do oddziału chorych zewnętrznych.

### I. C z a s z k a i u s z y.

Chorych 44, wyzdrowiało 19, niezupełnie uleczonych 18, umarło 6, pozostał 1

a) U s z k o d z e n i a.

Chorych 32, wyzdrowiało 11, niezupełnie uleczonych 16, umarło 4, pozostał 1.

Pobicia, jak zwykle, były przeważną przyczyną uszkodzeń głowy, które niekiedy dochodziły do poważnych rozmiarów i powikłane złamaniem kości, wymagały pomocy operacyjnej, lub też wprost kończyły się śmiercią. Koleje żelazne, spadnięcia z rusztowań, wyższych pięter mieszkań, przejechania, nie szczędziły dosyć znacznej liczby ofiar i w roku bieżącym. Wogóle uszkodzeń z obrażeniem kości czaszki było 4, w połączeniu zaś z mniej lub więcej obszernym złamaniem 7, z liczby tej umarło 4. Brak zupełny protokółów dochodzeń pośmiertnych sądowno-lekarskich uniemożliwia sprawdzenie rozpoznania uszkodzeń, które w wielu razach za życia mogło być i niedokładnem. Zaslugują na uwagę:

I. *Vulnus contusum cum fractura ossis frontis. Trepanatio.*

O s t r o w s k i J ó z e f, czeladnik szewcki, wieku lat 19. Do oddziału przybył dnia 19.V. Chory przed dwoma dniami uderzonym był w głowę, o ile się zdaje, ostrym końcem młotka.

Przy badaniu chorego dnia 23.V okazało się: na czole z lewej strony, w okolicy pokrytej już włosami, niedaleko od kąta połączenia kości ciemieniowej i skroniowej, rana okrągła, wielkości dużego ziarnka grochu, przechodząca przez skórę, części miękkie podskórne, do kości, którą w miejscu tem znaleźliśmy wyraźnie wgniecioną. Chory gorączkuje, puls przeszedł 100, lewa źrenica jest nieco rozszerzoną, ciągle pobudzenia do wymiotów. Wieczorem dnia tego dreszcze, temperatura około 40° C., puls 120.

Dnia 24.V. Po rozszerzeniu rany w kierunku pionowym, świdrem około 12 mm. średnicy, wykonano wiercenie kości czołowej. Błonę twardą znaleźliśmy zranioną przez odszczep błazki wewnętrznej, który przez błony drażył na parę milimetrów w głąb do samego mózgu.

Dnia 25.V. Stan ogólny chorego zadawalający, temperatura ciała normalna. Gojenie rany postępowało dosyć szybko. Chory opuścił szpital dnia 28.VI z raną pooperacyjną zupełnie zagojoną. Chorego, który ze względu na wskazania do operacji i cały przebieg choroby zasługiwał na uwagę, miałem honor przedstawić na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego dnia 22.VI.

II. *Vulnus contusum capitis. Fractura ossium cranii. Fractura humeri sinistri. Conquassatio manus et antibrachii sinistri.*

R z e w u s k i L e o n, konduktor kolei Warszawsko-Wiedeńskiej, wieku lat 35. Do szpitala przybył dnia 20.IX. Chory przypadkowo spadł z wagonu

podczas biegu pociągu, po zbadaniu chorego okazało się: na głowie z lewej strony, w okolicy ciemieniowej, rana ukośna długości około 3 cali, dochodząca do złamanej i na całej przestrzeni głęboko wgniecionej kości. W okolicy potyliczowej druga rana, gwiazdkowata, dotycząca tylko skóry. Lewa ręka i część przedramienia zgruchotane, wiszą na kawałku skóry i mięśni. Lewe ramię, sine, mocno obrzęknięte, kość ramieniowa w kilku miejscach złamana. Chory nawpół przytomny. Z trudnością odpowiada na pytania, puls zaledwie wymacalny. Wobec tak wątpliwego stanu, początkowo ograniczono się na odjęciu zaledwie trzymającej się części przedramienia, na oczyszczeniu i dokładnym przeciwnilnym opatrunku ran. Na złamaną zaś kość ramieniową nałożono opatrunek tekturowy. Pierwsze dni kilka stan chorego ciągle był niepewnym, powoli jednak chory odzyskał zupełną przytomność i stopniowo powracał do sił. Dnia 2.X. Zastępujący mnie w oddziale kol. MATLAKOWSKI, wydobyl przy pomocy dłuta i szczypczyków kostnych dwa duże odłamki kości ciemieniowej; odłamek większy był formy mniej więcej trójkątnej, prawidłowej, każde z ramion trójkąta dochodziło do  $4\frac{1}{2}$  ctm. długości, gdy odłamek mniejszego, formy również trójkątnej, jedno z ramion miało tylko  $2\frac{1}{2}$  ctm. Na powierzchni wewnętrznej obu odłamków były wyraźne bródzy tętnicy oponowej średniej. Brzegi pozostałych kości dokładnie obrównano. Na błonie twardej ropy nie znaleziono, była tylko niewielka wybroczyna krwi. W końcu Października znalazłem chorego w stanie najzupełniej zadawalającym, rany na głowie i po odjęciu przedramienia w znacznej części zagojone. Chory pozostawał w szpitalu do dnia 19.I 1887 r., wyszedł zupełnie uleczony. Rana na głowie pokryła się całkowicie blizną, na której jednak widocznym był brak kości i z tego powodu choremu zaleconem było odpowiednie zachowanie się.

† 1. Szczęsny Paweł, lat 40.

*Vulnus capitis contusum, fractura ossis parietalis.*

Pobity. Przybył d. 25.I, umarł d. 26.I.

† 2. Stryjewski Feliks, lat 40.

*Vulnera contusa capitis. Fractura basis ossium cranii.*

Przybył d. 23.V, umarł d. 9.VI.

† 3. Grodkowski Jan, lat 19.

*Fractura basis ossium cranii, fractura brachii sinistri.*

Wpadł do kanału.

Przybył d. 7.VII, umarł d. 8.VII.

† 4. N. N., lat ?.

*Vulnera capitis contusa. Conquassatio cruris.*

Przybył i umarł d. 14.X.

b) Zapalenia ostre.

Chorych 6, wyzdrowiało 3, niezupełnie uleczonych 1, umarło 2.

U jednego z wykazanych w rubryce zmarłych widoczne były już w dniu przybycia do szpitala objawy zapalenia błon mózgowych i ropnicy, wskutek rozszerzenia się procesu przy zaniedbanem zapaleniu ucha średniego, drugi również z tego powodu, przy objawach mózgowych zakończył życie.

† 5. Maltański Apolinary, lat 19.

*Otitis media. Meningitis. Pyaemia.*

Przybył d. 13.I, umarł d. 12.II.

† 6. Dąbrowski Kazimierz, lat 29.

*Otitis media. Meningitis.*

Przybył dnia 19.III, umarł d. 24.III.

c) Nowotwory.

Chorych 3, wyzdrowiało 3.

U dwóch chorych usunięto polipy ucha, u jednego zaś w okolicy czołowej wycięto włókniaka, wielkości orzecha włoskiego. Operację wykonano przy

miejscowem znieczuleniu, przez podskórne wstrzyknięcie dwóch szprycek PRAVAZ a 2% rozczywnu kokaina.

O ile jednak na spokojne zachowanie się chorego podczas operacyi wpłynęła kokaina, przesądzać niepodobna, mieliśmy bowiem do czynienia z 70-letnim starcem, a wiemy z doświadczenia, jak często chorzy w późnym wieku życia są mało wrażliwi na operacyje mniejsze, szczególnie, jeżeli te są wykonane z pewną szybkością.

## II. Twarz, jama ust i nosa.

Chorych 52, wyzdrowiało 23, niezupełnie uleczonych 26, umarł 1, pozostało 2.

### a) Uszkodzenia.

Chorych 8, wyzdrowiało 4, niezupełnie uleczonych 3, pozostał 1.

Pobicia byty i w tym dziale chorych jedną z częstszych przyczyn uszkodzeń; zasługuje na wzmiankę chory uderzony przez konia. Uderzenie było gwałtowne i spowodowało złamanie wyrostków nosowych szcęk górnych i obu kości nosowych, kości te w parę tygodni musiały być usunięte z powodu ich martwienia.

### b) Zapalenia przewlekłe.

Chory 1, niezupełnie uleczony 1.

## III. *Abscessus faciei. Caries tuberculosa maxillae superioris. Excochleatio.*

Mitelfeld Julijan, syn kolonisty, wieku lat 8, do szpitala przybył d. 19/V.

Po zbadaniu chorego okazał się ropień znacznych rozmiarów, obejmujący prawie cały prawy policzek. Rozpoznanie, ze względu na nader powolny przebieg choroby, niewyraźne chęłbotanie, początkowo było nieco utrudnionem.

Dnia 3.VI wykonano przecięcie ropnia w kierunku ukośnym, przez otwór wypłynęła znaczna ilość gęstej ropy i masy serowatej. Badanie dalsze wykazało rozmięczenie, częściowe zniszczenie ściany przedniej szczęki górnej i wyrostka jej jarzmowego, z tego więc powodu wyskrobano je i oczyszczono łyżeczką i dłutem z całą starannością. Operacyję tę powtórzyliśmy w parę tygodni później, lecz nie z zupełnem powodzeniem. Pozostała przetoka na policzku nie goiła się, kość była obnażoną. Chory wyszedł dnia 25.XI.

### c) Nowotwory.

Chorych 22, wyzdrowiało 11, niezupełnie uleczonych 11.

## IV. *Neoplasma bulbi oculi dextri. Enucleatio.*

Sawa stjanik Józef, włościanin, wieku lat 27. Do szpitala przybył d. 15.IX. Chory od lat sześciu nie widzi na prawe oko. Przed sześciu miesiącami gałka oczna wraz z częściami otaczającymi zaczęła się wypuklać na zewnątrz oczodołu. Obecnie z powiększonej jamy oczodołu wydobywa się na zewnątrz z pomiędzy powiek guz. wielkości kurzego jaja. W guzie od strony zewnętrznej zaledwie odróżnić można ślady gałki ocznej. D. 21.IX wyłuszczone cały guz z oczodołu. Chory pozostawał w oddziale do d. 13.X, wyszedł z raną niezupełnie jeszcze zabliznioną. Nowotwór, badany pod drobnowidzem, wykazał budowę mięsaka (*sarcoma*). Operacyja, z powodu wyjazdu mego, wykonana była przez kol. MATLAKOWSKIEGO.

U dwóch chorych spostrzegaliśmy rakowca nosa, jeden z nich nie zgodził się na wskazaną operacyję, u drugiego nowotwór wycięto i wykonano częściowe wytworzenie nosa.

## V. *Canceris nasi. Excisio. Rhino-plastica partialis.*

Kociuba Jan, posługacz, wieku lat 50. Do szpitala przybył d. 19.X. Przed laty siedmiu przypadkowo ranił się w koniec nosa odłamkiem pistona,

strzelając z dubeltówki. Rana nie goiła się przez rok cały, w końcu jednak, jak chory twierdzi, pokryła się blizną. W kilka miesięcy na bliźnie, bez żadnej widocznej przyczyny, powstało niewielkie owrzodzenie, które pomimo najrozmaitszych środków lekarskich, stopniowo się powiększając, zmusiło w końcu chorego do przybycia do szpitala do Warszawy.

Przy badaniu chorego znaleźliśmy głęboko sięgające owrzodzenie, obejmujące cały koniec nosa, od przodu przechodzące nawet nieco na przegrodę nosową, z lewej strony na skrzydło nosa, skrzydło prawe niewiele było zmienionem. Badając bliżej, przekonaliśmy się, iż mamy do czynienia z rakowcem i z tego powodu choremu zaproponowano pomoc operacyjną.

D. 25.X wycięliśmy cały koniec nosa, zajęty przez nowotwór, w postaci prawidłowego trójkąta, oszczędzając przegrodę nosa, część obu skrzydeł nosa również była odcięta.

Operację plastyczną wykonaliśmy, wycinając płaty skośno-czworokątne z obu policzków i przenosząc je na nos, zbliżyliśmy za pomocą szwów, obejmujących w części i przegrodę na linii środkowej, z boków zaś wszyliśmy je do pozostałych brzegów skóry i skrzydeł nosa. Od dołu na granicy otworów nosowych płaty, o wiele dłuższe, pozostały zupełnie nie podwinięte, szwem tylko przytwierdzono je do pozostałej części przegrody nosowej. Brzegi ran na policzkach zbliżono i zeszyto.

Stan chorego początkowo był zadawalający, w dni kilka zdjęto szwy, brzegi ran zrosły się dokładnie niemal na całej przestrzeni.

D. 10.XI wystąpiła róża, która zajęła całą twarz i stopniowo przeszła na głowę i kark.

Przebieg róży był nadzwyczaj uporczywy, powolny, płaty jednak utrzymały się na swem miejscu bez żadnych zmian. Chory pozostawał w oddziale do dnia 29.XII, wyszedł z ranami zupełnie zagojonemi, blizny na nosie, na policzkach, wcale nie były szpecące.

Zasługuje na wzmiankę:

VI. *Neoplasma nasi. Excochleatio. Cauterisatio acido lactico.*

Bła s o k J a n, włościanin, wieku lat 27. Do oddziału przybył d. 4.V. U chorego przed kilkunastu miesiącami, bez żadnej widocznej przyczyny, powstało owrzodzenie prawego skrzydła nosa, które, stopniowo się powiększając, doszło do poważnych rozmiarów i w końcu zmusiło chorego do poddania się operacji. Przed laty kilku przechodził zapalenie gruczołów chłonnych na szyi i w okolicy prawej ślinianki, zapalenia te były powodem ropni, które otwierały się same przez się. O przejściach tych świadczą obecnie liczne blizny w obu okolicach podszczękowych. Przy badaniu chorego znajdujemy na całym prawym skrzydle nosa owrzodzenie, pokryte bujną różową ziarniną, owrzodzenie to przechodzi pasemkowato przez wierzchołek nosa na lewe skrzydło, od dołu zaś na przegrodę nosową i na błonę jej słuzową z prawej strony, obejmując przestrzeń około 1½ ctm. Wydzielina ropna jest dosyć obfita, i zgleźbnikiem przekonywamy się o zniszczeniu całej grubości skóry i tkanek podskórnych do chrząstki, wygląd ziarniny jest niezwykle, brodawki ją pokrywające łatwo krwawią, zbliżone są wprawdzie do brodawek pokrywających gojące się rany, a jednak mają w sobie coś odrębnego i odrębność ta nadaje im cechę nowotworu złośliwego.

Na twarzy, z prawej strony, w kierunku gałęzi wstępującej szczęki dolnej, znajduje się pasemkowate dosyć powierzchowne owrzodzenie, na przestrzeni około 3 ctm., powstałe po przebytych ropniach. Stan ogólny dobry.

Chory początkowo nie zgadzał się na żadną pomoc operacyjną, w końcu jednak dał się przekonać, iż wyleczenie na innej drodze jest niemożliwem.

Dnia 22.V, po dokładnem wyłyczkowaniu owrzodzenia na nosie i na przegrodzie, zastosowałem na całą powierzchnię w postaci ciasta kwas mleczny, według przepisu MOSETIG-MOORHOF'a.



Jednocześnie, korzystając z uspienia chorego, wykrobałem i poobcinałem brzegi owrzodzenia w okolicy prawej gałęzi wstępującej szczęki dolnej.

Rana w tem miejscu w parę tygodni zagoiła się zupełnie. Badania nadzwyczaj staranne kolegi PRZEWOSKIEGO ziarniny wyłyżeczkowanej na nosie nie doprowadziły do żadnych stanowczych wniosków, i kwestyja, z jakim właściwie przeistoczeniem mieliśmy do czynienia, czy z wilkiem, czy owrzodzeniem gruźliczem, pozostała nierozstrzygnięta.

Przeciwno pierwszemu przemawiał sposób powstawania, przebieg, a w końcu i sam wygląd zewnętrzny owrzodzenia. Operacje łyżeczką i przypalanie kwasem mlecznym powtórzyłem kilka razy, zamiast ciasta używałem niejednokrotnie na wacie czystego kwasu mlecznego. Chory pozostawał w szpitalu do dnia 22.IX, owrzodzenie na prawem skrzydle zablizniło się zupełnie, blizna była miękka, podatna, z lewej zaś strony i na przegrodzie pozostały niezabliznione powierzchnie wielkości ziarnka prosa.

U dwóch chorych usunięto polipy nosa.

Chorych z rakowcem wargi dolnej mieliśmy 12, z liczby tych operowano 9, wszystkich z powodzeniem.

Trzech chorych, z powodu niemożności jakiegokolwiek pomocy operacyjnej, wyszło nieuleczonych, u wszystkich były rakowate przeistoczenia szczęki górnej lub dolnej.

U jednego rak gardzieli i języka przechodził również z powodu swych rozmiarów zakres pomocy operacyjnej.

#### d) R ó ż n e c h o r o b y.

Chorych 12, wyzdrowiało 5, niezupełnie uleczonych 5, umarł 1, pozostał 1.

W pośród niezupełnie uleczonych zamieściliśmy dwóch chorych, o których nie będzie bez korzyści bardziej szczegółowo wspomnieć. W obu razach spostrzeżenia nasze, z przyczyn od nas niezależnych, nie są skończone, nie zmniejsza to jednak doniosłości faktu, o ile, w miarę postępu na drodze umiejętnego badania, kroczymy naprzód w zakresie rozpoznania chorób. Niedawno jeszcze nieznaną zupełnie promienicą (*actinomykosis*), rzadko kiedy spostrzegana w ciągu lat ostatnich, obecnie z powodu zdobytej już wprawy w badaniu, w oczach każdego niemal chirurga staje się cierpieniem coraz bardziej zwykłym. W roku bieżącym promienicę okołoszczekową w oddziale naszym spostrzegaliśmy dwa razy, u jednego jednak z chorych, z powodu braku dochodzeń pod drobnowidzem, rozpoznanie było niezupełnie pewnem.

VII. M r o z A n t o n i, wyrobnik, wiekulat 22. Do szpitala przybył d. 17.VIII. Już przed dwoma laty, bez żadnej widocznej przyczyny, w okolicy lewego kąta szczęki dolnej, wytworzył się u chorego guz znacznej objętości, po którego przecięciu w kilka tygodni odeszła gęsta ropa, chory doznał pewnej ulgi, zabliznienie jednak rany było powolnem, przez długi czas pozostawała przetoka. W miarę tworzenia się blizny wracały dokuczliwe bóle, w okolicy gałęzi wstępującej uwydatnił się nowy guz, z którego po przecięciu również była obfita gęsta wydzielina ropna.

Chory zdecydował się na wyrwanie dwóch ostatnich zębów trzonowych, górnego i dolnego. Ulga w cierpieniach i teraz nie była długotrwałą, powoli chory zauważył nowe guzy i ropnie w okolicy skroniowej i powieki górnej. Bóle, umiejscowione więcej do okolicy guzów i szczęki, stopniowo przeszły na całą połowę głowy, ściśle określenie ich miejsca stawało się coraz bardziej utrudnionem, chory tracił apetyt, siły. Badając go, znaleźliśmy całą okolicę gałęzi wstępującej lewej szczęki dolnej mocno obrzękniętą, twardą, niepodatną, na niej kilka twardych blizn, w jednym miejscu powierzchnią przetokę. Obrzęk i stwardnienie przechodziły na okolicę stawu szczękowego i skroniową. Na powiece górnej, około kąta zewnętrznego, powierzchnia podskórna przetoka, z której wydzielina była bardzo skąpą. W okolicy skroniowej, obok

istniejącej już małej przetoki, uwydatniał się guzik większy, więcej ograniczony, chelbotanie w guzie było niewyraźne. W jamie ust, badanie której było znakomicie utrudnionem, z powodu zbliżenia szczęk, z wyjątkiem braku zębów, nie zauważono nic godnego uwagi. W obec tak charakterystycznych i znanych nam objawów, mimowolnie nastęrczała się myśl o promienicy, bez badania jednak pod drobnowidzem. stanowczo orzec nie jeszcze niepodobna było.

D. 30.VIII przeciałem guzik w okolicy skroniowej. W skąpej dosyć wydzielinie ropnej dla gołego już oka widoczne były nieliczne drobne grudki, jak-gdyby ziarnka. Badania ropy, dokonane łaskawie przez kol. KIJEWSKIEGO i PRZEWOŚKIEGO, potwierdziły stanowczo nasze domysły i wykazały grzybki promieniste (*actynomyces*).

Chory pozostawał w szpitalu do d. 6.IX.

VIII. Spostrzeżenie drugie dotyczy Chmielińskiego Franciszka, włościanina, wieku lat 32, który do szpitala przybył d. 14.X. Początek choroby w przypadku tym był nieco odmienny; chory przed trzema laty, z powodu trwającego parę miesięcy gwałtownego bólu, zmuszonym był usunąć przedostatni lewy górny trzonowy ząb; owrzodzenie w miejscu tem nie goiło się przez długi przeciąg czasu, następnie występowały stopniowo obrzęki, stwardnienia i ropnie w okolicach szczęki dolnej i górnej. Po przybyciu jednak chorego do szpitala, niepodobna było nigdzie wynaleźć miejsca z ogniskiem ropnem. z tego więc powodu rozpoznanie choroby nie mogło być dokładnem.

Do bólów w głowie przyłączały się niekiedy nader dokuczliwe bóle lewej kończyny dolnej. Dla złagodzenia ich brom, morfina i wszelkie inne środki pozostawały prawie bez skutku. Chory, zniechęcony brakiem poprawy, opuścił szpital

Tym więc sposobem, oba spostrzeżenia, wbrew najszczerzszym naszym chęciom, pozostają niedokończone.

W dziale różnych chorób zamieszczonym jest również chory, który przybył do oddziału z zaniedbaną i zajmującą znaczną przestrzeń na twarzy z prawej strony czarną krostą (*pustula maligna*).

Pomoc miejscowa polegała na obszernem wypaleniu za pomocą przyrządu PAQUELIN'a.

† 7. Wentzel Gustaw, lat 50.

*Erysipelas faciei. Decubitus.*

Przybył d. 10.V, umarł d. 27.V.

Tranzłokowany z oddziału chorych wewnętrznych.

### III. Szyja i kark.

Chorych 26, wyzdrowiało 2, niezupełnie uleczonych 16, umarło 6, pozostało 2.

a) Uszkodzenia.

Chorych 2, niezupełnie uleczonych 1, pozostał 1.

W oddziale pozostaje dotąd wyrobnik Daniszkievicz Jan, wieku lat 50, który w celu samobójczym ranił się nożem w szyję, rany były głębokie, jedna z nich po przecięciu chrząstki tarczowej drażyła do krtani.

b) Zapalenia ostre.

Chorych 6, wyzdrowiało 2, niezupełnie uleczonych 3, umarł 1.

† 8. Weriboch Franciszek, lat 70.

Przybył d. 3.VIII, umarł d. 29.VIII.

*Anthrax nucliae. Enteritis catarrhalis. Marasmus.*

Tranzłokowany z oddziału chorych wewnętrznych.

c) Zapalenia przewlekłe.

Chorych 2, niezupełnie uleczoney 1, umarł 1.

† 9. Grandes Jan, lat 46.

Przybył d. 26.VII, umarł d. 27.VII.

*Laryngitis tuberculosa. Phthisis pulmonum.*

Tranzlokowany z oddziału chorych wewnętrznych.

d) Nowotwory.

Chorych 7, niezupełnie uleczonych 3, umarło 4.

U dwóch chorych spostrzegaliśmy nowotwory krtani. jeden z nich, pomimo coraz bardziej wzmagających się objawów zżewienia krtani, nie zgodził się na pomoc operacyjną i wyszedł nieuleczony, u drugiego wykonano przecięcie tchawicy.

IX. *Laryngostenosis. Cricotracheotomia.*

Głowa Tomasz, włościanin, wieku lat 12. Do szpitala przybył dnia 4.X. Przed rokiem chorował na ospę, po której pozostawała ciągle trudność oddychania; w ostatnich czasach stan ten się pogorszył, chory przywiezionym był do oddziału w stanie nie pozwalającym, z powodu duszności, na żadną zwłokę i z tego powodu zastępujący mnie w oddziale kol. MATLAKOWSKI wykonał przecięcie tchawicy (*crico-tracheotomia*).

Chory pozostawał w oddziale do dnia 17.II 1887 r., następnie z powodu niemożności usunięcia rurki, tranzlokowanym był do specjalnego oddziału w szpitalu Ś-go Rocha. Przy badaniu wziernikiem widoczne były znaczne wałkowate zgrubienia z obu stron głośni. Chory ten, o ile mi wiadomo, pozostaje dotąd w szpitalu i dotąd niema żadnej zmiany na lepsze; przypuszczalnym jest nowotwór krtani.

U trzech chorych przyczyną śmierci były nowotwory rakowate przełyku, u jednego z nich nowotwór uwydatniał się na zewnątrz. w trójkącie nadobojczykowym, w postaci twardego, nieruchomego guza, wielkości pięści. Przy otwarciu zwłok okazało się, iż guz ten był w związku z nowotworem górnej części przełyku.

† 10. Morkwiton Michał, lat 49.

Przybył d. 7.III, umarł d. 31.III.

*Carcinoma oesophagi. Stricture.*

Tranzlokowany z oddziału chorych wewnętrznych.

† 11. Czaki Stanisław, lat 50.

Przybył d. 1.IV, umarł d. 8.IV.

*Carcinoma oesophagi. Paralysis chordae vocalis dextrae.*

† 12. Kozłowski Piotr, lat 46.

Przybył d. 7.IX, umarł d. 9.XII.

*Carcinoma oesophagi.*

† 13. *Carcinoma colli. Excisio.*

X. K alisz Józef, urzędnik, wieku lat 55. Chory przed 7 miesiącami zauważył w okolicy podszczękowej prawej niewielki guzik podskórny, ruchoomy, na który początkowo, z powodu braku jakiegokolwiek zatrważających objawów, nie zwracał uwagi. Guzik jednak stopniowo się powiększał, w ostatnim zaś miesiącu doszedł do rozmiarów poważnych; chory schudł i z tych to powodów przybył z prośbą o pomoc. Przy badaniu znaleźliśmy niemal całą okolice szyjową górną zajęta przez guz, który z prawej strony wypełniał okolice podszczekową, przechodził na okolicę gnykową i brzegiem dolnym sięgał do górnego brzegu chrząstki tarczowej, następnie przechodził na okolicę podszczekową lewą do gruczołu podszczekowego. Guz był twardy, o powierzchni dosyć gładkiej, niebolesny, najbardziej zaś był uwydatnionym i najwięcej wystającym w okolicy gruczołu podszczekowego prawego. Kości gnykowej nie można było wyczuć, błona śluzowa jamy ust była wolną, przełykanie niekiedy utrudnione, oddech swobodny. Ruchomość guza była dosyć ograniczoną, podczas polykania

cały guz poruszał się jednocześnie z krtanią. Chory znacznie osłabiony, osłabienie to datuje dopiero od kilku tygodni. D. 18.X przystąpiliśmy do wycięcia guza: ze strony prawej od zewnątrz i od dołu oddzielenie nowotworu było dosyć łatwym, tu bowiem był więcej ograniczonym i dawał się wprost wyluszczać, lecz w miarę zbliżania się do linii środkowej i brzegu szczęki, wzrastały trudności; z powodu zmian w gruczole podszczękowym prawym, usunięto go z guzem. Na linii środkowej guz był rozlany. mięśnie nadgnykowe przeistoczone i część ich również musiała być usunięta, w końcu usunięto i gruczoł podszczękowy lewy. W okolicy kości gnykowej guz zrosnięty był z miękką zmienioną kością, poniżej zaś na całej przestrzeni z błoną tarczowo-gnykową (*membrana hyo-thyroidea*). Przy tej części operacji niepodobna było zdecydować, w jakim stanie znajduje się błona i czy będzie możebnym oddzielenie od niej guza, z tego więc powodu przedewszystkiem wykonano natychmiast przecięcie tchawicy (*crico-tracheotomia*) i następnie dopiero przystąpiliśmy do operacji dalszej. Wycięto ciało zmienionej kości gnykowej i stopniowo się posuwając ku dołowi, odłuszczone guz od błony tarczowo-gnykowej, bez naruszenia jej całości. Przecięcie tchawicy okazało się jednak nader korzystnym, oddech był spokojny; chory, z powodu utraty krwi i długo-trwającej operacji, mocno osłabionym. Na drugi dzień stan chorego niezły. D. 20.X wieczorem znacznie podwyższenie temperatury do 39.5 C°. D. 21, 22, wydzielina z ran obfita, chory z powodu trudności w przelkaniu, nie przyjmuje żadnych pokarmów; niepodobna było wmusić nawet łyżeczki wody. Oddech przyspieszony, puls 110, drobny, temperatura 39 C°. D. 24.X, chory zakończył życie przy objawach znacznego upadku sił. Kol. PRZEWOSKI, po zbadaniu guza zakomunikował nam, iż mieliśmy do czynienia z nowotworem złośliwym, z rakiem, punktem wyjścia którego prawdopodobnie były gruczoły chłonne.

Zasługuje w końcu na uwagę, ze stanowiska anatomo-patologicznego, z powodu usadowienia się, opis torbiela skórzastego szyi.

#### XI. *Cystis dermoidalis colli. Excirpatio.*

Łodyga W a l e n t y, włościanin, wieku lat 34. Do szpitala przybył d. 3.IX. Przed rakiem, według słów chorego, w okolicy podszczękowej prawej, bliżej kąta szczęki, powstał guzik mały, ruchomy, niebolesny, który stopniowo powoli się powiększał. Od trzech jednak miesięcy objętość guza przybrała takie rozmiary, iż obecnie chory z trudnością przelka pokarmy, i to właśnie zmusiło go do przyjazdu do Warszawy, z prośbą o pomoc. Przy badaniu chorego, w okolicy podszczękowej prawej znaleźliśmy guz, wielkości pięści, wypełniający całą okolice podszczękową, od tyłu dochodzący do ucha, od dołu zaś granice guza wyraźnie nie dały się określić, tu bowiem zagłębiał się on w kierunku brzegu wewnętrznego mięśnia mostko-obojęczyko-sutkowego, do miejsca odpowiadającego brzegowi dolnemu chrząstki tarczowej. Forma guza nieprawidłowa, gdzieś niedzie wydatne były wypuklenia, powierzchnia gładka, chęłbotania wyraźnego nie było, guz wogóle twardy, miejscami jednak jakby elastyczny i podatny. Skóra ponad guzem niezmieniona. Stan ogólny chorego niezły, odżywianie nie upośledzone, uskarżał się przeważnie na trudne przelkanie i z tego powodu zgodził się na pomoc operacyjną. Zważywszy, iż guz zdawał się być ograniczonym, najzupełniej ruchomym niemal we wszystkich kierunkach, d. 7.IX przystąpiliśmy do wycięcia guza. Po przecięciu skóry w kierunku brzegu wewnętrznego mięśnia mostko-obojęczyko-sutkowego, idąc warstwami, stopniowo doszliśmy do ścian guza i z łatwością oddzieliśmy go od góry i od przodu na znacznej przestrzeni, oddzielanie jednak od tyłu, z powodu znacznego zagłębiania się, było nieco utrudnionem. Badając guz szczegółowo, przekonaliśmy się, iż miejscami jest mocno napiętym, i że chęłbotanie obecnie gdzieś jest wyraźnem. Dla ułatwienia więc operacji, nacięliśmy ścianę guza, która okazała się dosyć grubą, przez otwór wydzielila się ogromna ilość zawartości kaszakowatej, gęstawej, i teraz dopiero przekonaliśmy się, iż mamy do czynienia z torbie-

lem skórzastym lub kaszakowatym, tak głęboko usadowionym. Ściany torbiela okazały się miejscami dosyć grube, dalsze oddzielanie ich w części górnej, pomimo znacznego zagłębiania się, nie było tak trudnem, lecz poniżej podziału tętnicy szyjowej wspólnej ściany były tak mocno zrosnięte z pochwą naczyń, iż tu oddzielenie ich było niemożliwem, z tego więc powodu odciętą i wyskrobaną część ściany torbiela na miejscu pozostawiono. Ściany torbiela wycięte, o powierzchni wewnętrznej gładkiej, połyskującej, wraz z zawartością, odesłane zostały w celu dokładnego zbadania, do pracowni anatomo-patologicznej, lecz niieszczęśliwym zbiegiem okoliczności, a było to podczas feryj, w ogólnej massie gdzieś ich zagubiono; tym więc sposobem i rozpoznanie nasze co do rodzaju tak ciekawego i rzadkiego torbiela, nie jest pewnem. Stan chorego pierwsze dni kilka po operacyi był zadawalającym, przy pierwszej zmianie, z powodu przeziębienia opatrunku; d. 9.IX wygląd rany był niezłym. Z powodu wyjazdu na czas dłuższy z Warszawy, o dalszych losach chorego dowiedziałem się dopiero później; otóż na karcie szpitalnej oznaczono, iż chory, z powodu nadzwyczaj szybkiego odradzania się nowotworu, tranzlokowanym był, jako niekwalifikujący się do pomocy operacyjnej, d. 28.IX do szpitala Ś-go Łazarza, dokąd, jak się okazało po sprawdzeniu, wcale się nie zgłosił. Prawdopodobnie więc mieliśmy do czynienia z torbielem skórzastym szyi, następnie już powikłanym przez nowotwór złośliwy—rak rogowy (*carcinoma keratodes*).

e) R ó ż n e c h o r o b y.

Chorych 9, niezupełnie uleczonych 8, pozostał 1.

W liczbie niezupełnie uleczonych zamieszczonym jest chory z tętniakiem tętnicy szyjowej wspólnej.

XII. *Aneurysma carotis communis dextrae. Ligatura carotis communis.*

Krół Franciszek, wyrobnik, wieku lat 27. Do szpitala przybył d. 11.XI. Chory przed sześciu laty, służąc w wojsku, uderzony był pięścią w szyję z prawej strony, uderzenie było gwałtowne, bardzo bolesne. W sześć miesięcy zauważył, iż w okolicy podszczękowej prawej wytworzył się niewielki guzik, na który początkowo, z powodu braku bólu lub innych objawów, nie zwracał uwagi. W kilka miesięcy później doznał pierwszego napadu padaczki, napady te początkowo powtarzały się co dwa miesiące i rzadziej, z postępem jednak czasu stawały się coraz częstsze, obecnie peryjodycznie wracają co dwa tygodnie. Guz, początkowo niewielki, powoli jednak stopniowo się powiększał, a od kilku miesięcy doszedł do rozmiarów chorego niepokojących i z tego powodu chory przybył do szpitala z prośbą o pomoc. Przy badaniu znaleźliśmy w okolicy podszczękowej prawej, poniżej kąta szczęki, guz, formy owalnej, o powierzchni gładkiej, dosyć twardy, zajmujący całą okolice podszczękową, od przodu opuszczający się w kierunku tętnicy szyjowej wspólnej, od tyłu sięgający prawie do ucha, w tem miejscu w guzie było niewielkie wypuklenie. Badając bliżej, przekonaliśmy się, iż w guzie było wyraźne tętnienie i to nietylko w kierunku od tyłu ku przodowi, lecz najdokładniej we wszystkich kierunkach i szczególnie było wydatnem przy słabym ucisku bocznym dwoma palcami. Obok tętna w guzie, uwydatnionem było wzmocnione tętno tętnicy dotwarzowej, objętość której wydawała się powiększoną. Szmerów w guzie nie było żadnych. Przy ucisku na tętnicę szyjową wspólną, poniżej guza, ustawało w nim i tętnienie. W tętnie tętnic promieniowych, prawej i lewej, nie było żadnej różnicy, lecz za to wyraźnie słabiej tętniła skroniowa prawa. Przy badaniu przez jamę ust znaleźliśmy w przestrzeni między łukami przednim i tylnym podniebienia miękkiego wyraźne wypuklenie, w którym już dla gołego oka widocznem było tętnienie, dające się stwierdzić z łatwością przez pociskanie palcem.

Ucisk na guz, nawet dosyć mocny, nie powodował żadnego bólu, chory chwilowo doznawał tylko większego szumu w uchu. Chory uskarżał się na ból, niekiedy nawet bardzo dokuczliwy, prawej połowy głowy, na szum w prawem

uchu, dochodzący, jak się wyrażał, do wyraźnego ciągłego trąbienia, a chwilowo na trudności w przełykaniu, które jednak nie były stałe. Stan ogólny chorego niezły, odżywianie mierne, chory z chęcią zgadza się na wszelką pomoc operacyjną. Guz przyjęliśmy za tętniaka tętnicy szyjowej wspólnej, w miejscu jej rozgałęzienia się na zewnętrzną i wewnętrzną. Pozostawało do rozstrzygnięcia, czy i o ile miało wpływ na powstanie i rozwój guza uderzenie, jakiemu chory uległ przed sześciu laty. Powolne i tak zwykle powiększanie się guza przemawiało za tem, iż mieliśmy do czynienia z tętniakiem dobrowolnym (*aneurysma spontaneum*) i że uraz nie odegrał tu żadnej roli, chory zaś, jak i wszyscy chorzy, odszukując przyczynę choroby, uważał uderzenie za przyczynę, brak jednak dokładnych wiadomości o początku rozwoju guza czyni niemożliwym ściśle rozpoznanie.

Z pomocą operacyjną wstrzymaliśmy się do napadu padaczki, właśnie w tych dniach spodziewanej. Tymczasem napad się opóźniał, chory zaś, ze względu na opłatę szpitalną, domagał się operacji. D. 23.XI podwiązaliśmy catgutem tętnicę szyjową wspólną poniżej mięśnia gnyko-łopatkowego. Podwiązanie było łatwem, żyła szyjowa wewnętrzna podczas operacji wcale nie była odkrytą. Ranę zeszyliśmy szwem głębokim, przerywanym, na całej przestrzeni.

D. 24.XI mocny i dosyć długi napad padaczki. Wieczorem dnia tego chory uskarżał się na gwałtowny ból głowy z lewej strony, odejmujący mu sen. Wstrzyknięto nieco morfiny, chory się uspokoił. D. 25.XI ból głowy mniejszy, zawsze jednak dokuczliwy, choremu zalecono w niewielkiej ilości *kalium bromatum*. D. 29.XI zdjęto szwy, rana zagoiła się przez rychłozrost, powleczono ją kollydjonem z jodoformem. Stan ogólny zadawalający, chory domaga się pokarmu. Tętnienie w guzie ustało zupełnie, objętość w ciągu tych dni kilku widocznie o wiele się zmniejszyła. Chory pozostawał w oddziale do dnia 14.XII, wyszedł, uważając się za wyleczonego, pomimo wszelkich przekonywań, iż obserwacja dalsza jest jeszcze niezbędną, a jednak na dzień przed wyjściem chorego spostrzeżyliśmy jakgdyby rodzaj tętnienia w tylnej części guza, bliżej ucha.

Napad padaczki powtórzył się jeszcze raz jeden d. 12.XII.

#### IV. Kolumna kręgowa.

Chorych 11, wyzdrowiał 1, niezupełnie uleczonych 6, umarło 3, pozostał 1.

a) Uszkodzenia.

Chorych 2, wyzdrowiał 1, umarł 1.

† 14. Wirzowski Grzegorz, lat 30.

Przybył d. 28.V, umarł d. 1.VI.

*Fractura vertebrarum.*

Spadł z rusztowania 3-go piętra. Przy badaniu wyraźnem było wgniecenie w okolicy ostatniego szyjowego i pierwszego kręgu piersiowego.

b) Różne choroby.

Chorych 8, niezupełnie wyleczonych 5, umarło 2, pozostał 1.

† 15. Maranek Jan, lat 22.

Przybył d. 7.III, umarł d. 31.III.

*Spondylitis. Tuberculosis pulmonum.*

Tranzlokowany z oddziału chorych wewnętrznych.

† 16. Ostrowski Wawrzyniec, lat 38.

*Caries vertebrarum. Abscessus congestivus.*

Przybył i umarł d. 27.XII.

Tranzlokowany z oddziału chorych wewnętrznych.

## V. Piers i grzbiet.

Chorych 21, wyzdrowiało 5, niezupełnie uleczonych 10, umarło 4, pozostało 2.

### a) Uszkodzenia.

Chorych 8, wyzdrowiało 3, niezupełnie uleczonych 4, umarł 1.

U trzech chorych były złamania żeber, z liczby tych umarł 1.

† 17. Rosiak Ludwik, lat 56.

Przybył d. 29.V, umarł d. 10.VI.

*Abscessus congestivus. Fractura costarum.*

Tranzlokowany z oddziału chorych wewnętrznych. U chorego po przecięciu ropnia na klatce piersiowej stwierdzono złamanie trzech żeber, okazało się po zbadaniu, iż chory przed paru miesiącami był napadniętym i pobitym przy robotach w polu.

### b) Zapalenia przewlekłe.

Chorych 5, niezupełnie uleczony 1, umarło 3, pozostał 1.

W trzech przypadkach wykonaliśmy przecięcie klatki piersiowej z wypięłowaniem żeber, z powodu nagromadzenia się ropy w opłucnej, z liczby tych umarł 1.

### XIII. *Pyothorax. Thoracotomia cum resectione costae 9-ae.*

Płaska Wojciech, wyrobnik, wieku lat 40. Do szpitala przybył do oddziału chorych wewnętrznych d. 3.II, z kąd przeniesionym był do oddziału chirurgicznego dnia 11.II. Na karcie szpitalnej oznaczono, iż chory poprzednio już, przed sześciu miesiącami, leczony był w szpitalu z powodu wysięku w opłucnej lewej, i że wypuszczono mu za pomocą przyrządu POTAIN'a znaczną ilość płynu surowiczego. Obecnie przekłucie próbne wykazało obecność ropy. Po bliższem zbadaniu chorego okazało się, iż wysięk ropny z lewej strony od tyłu sięgał do połowy łopatki, od przodu zaś do przestrzeni między 3 i 4-tem żebrzem. Kaszel był niewielki, odkasływanie dosyć trudne, stan bezgorączkowy. Chory osłabiony, uskarżał się przeważnie na utrudnione oddechanie, przechodzące niekiedy bóle podczas kaszlu, brak apetytu, niemożność zajęcia się pracą. Badanie płwociny nie wykazało laseczników gruźliczych. D. 19.II wykonaliśmy przecięcie klatki piersiowej na linii pachowej przedniej, z wypięłowaniem 9-go żebra, na przestrzeni około 6 — 7 ctm. Płynu ropiastego wypuszczono około 4 funtów. Początkowo stan chorego był zadawalający, gorączki nie było prawie żadnej, temperatura wieczorna dochodziła zaledwie do 38° C. W początkach Marca wystąpiły dreszcze, ogólne osłabienie, powiększona wydzielina ropna, co trwało przez dni kilka.

Powoli jednak chory stopniowo powracał do sił, zmniejszyła się i wydzielina, gdy w końcu Kwietnia, znowu bez żadnych widocznych przyczyn, wystąpiło dosyć groźne, przez parę tygodni trwające pogorszenie. Od połowy jednak Maja datuje już widoczne, bez żadnej przerwy, w stanie ogólnym polepszenie. Chory wyjechał na wieś, do rodziny, d. 20.VI, z przetoką, do której wprowadzono niewielki cienki sążek, wydzielina ropna była nadzwyczaj skąpą, chory po 5—6 dni pozostawał bez zmiany opatrunku.

### XIV. *Pyopneumothorax. Thoracotomia cum resectione costarum 7, 8, 9, 10*

Korzeniowski Antoni, urzędnik, wieku lat 37. Do szpitala przybył d. 27.XI do oddziału kol. DUNINA, z kąd tranzlokowanym był do oddziału chirurgicznego d. 1.XII. U chorego już przed 3-ma laty stwierdzono wysięk surowiczy w lewej opłucnej, lecz dotąd pozostawał bez pomocy chirurgicznej. Kol. DUNIN rozpoznał wysięk ropny, od tyłu sięgający do połowy łopatki, od przodu prawie do 3-go żebra. Serce zepchnięte na prawo, laseczników gruźliczych w płwocinie nie wykryto, chory był osłabiony, jednak prawie

bez gorączki. D. 2.XII kol. MATLAKOWSKI. do którego pacjent już poprzednio zwrócił się z prośbą o pomoc. u mnie w oddziale wykonał przecięcie klatki piersiowej, z częściowem wypiłowaniem czterech żeber 7, 8, 9, 10.

Żeber 8 i 9-go wypiłowano około 10 ctm. długości. Operacja wykonana była według wskazówek MILLER'a (*Case of empyema. Edinburg. med. journ. p. 605, Janvier 1885, pracy streszczonej w „Revue des sciences médicales“ HAYEM, T. XXVIII, p. 277*). Autor ten twierdzi, iż częściowe wypiłowanie jednego żebra jest operacją zwykłą i bynajmniej nie niebezpieczną, lecz w razie wypiłowania kilku żeber, staje się już poważną. Linija pachowa przednia dla operacyi jest najdogodniejszą, z powodu, iż w okolicy tej żebra są nieco cieńsze, i że następnie chorego można pozostawić w położeniu na wznak. Autor uważa za dogodniejsze robić cięcie dla każdego żebra oddzielnie, równolegle do kości, zamiast cięcia pionowego, i dla wprowadzenia sączków. Operując według międzyżebrowych. Stopniowo dochodzi się do okostnej, którą się oddziela, tym więc sposobem, po wypiłowaniu kości, całość okostnej od tyłu pozostaje nienaruszoną, w końcu unika się zranienia tętnic międzyżebrowych. Brzegi ran, po wypiłowaniu żeber, zbliżyć należy na całej przestrzeni za pomocą szwów, z wyjątkiem rany najniżej położonej, gdzie pozostawia się wolną przestrzeń dla przekłucia trójgranicem i dla wprowadzenia sączków. Operując według tych wskazówek, możemy uniknąć niemal napewno zanieczyszczenia ran, które zwykle goją się przez rychłozrost. U naszego chorego trzy górne rany zagoiły się rzeczywiście w dni kilka przez rychłozrost i pozostała niezagojoną tylko rana najniżej położona, przez którą był wprowadzony sączek. Stan chorego po operacyi był zadawalający, stopniowo zmniejszała się wydzielina ropna, jednocześnie chory nabierał sił.

W połowie miesiąca Stycznia począł uskarżać się na bóle i trudne oddawanie moczu, po zbadaniu, znaleźliśmy zwężenie cewki moczowej w części jej opuszkowej, z tego powodu zalecono wprowadzanie miękkich świeczek co drugi dzień. Chory pozostaje dotąd w szpitalu, dotąd bowiem jeszcze istnieje przetoka, przez którą w niewielkiej ilości sączy się ropa.

† 18. *Pyothorax. Thoracotomia cum resectione costae 9-ae.*

XV. Fejg Julijusz. wyrobnik, wieku lat 46. Do szpitala przybył d. 10.III do oddziału chorych wewnętrznych, z kąd tranzlokowanym był do oddziału chirurgicznego d. 13.III. U chorego rozpoznano oddawna istniejący wysięk ropny w prawej opłucnej, z powodu jednak znacznego upadku sił, tętna zaledwie wymacalnego, powiększonej wątroby, wymiotów i wielu innych przypadłości, początkowo nie mogłem zdecydować się na przecięcie klatki piersiowej i ograniczyłem się, ze względu na uciążliwą duszność, na przekłucie trójgranicem BİLLROTH'a d. 16.III. Ropy gęstej, cuchnącej, wypuściliśmy około 2½ funtów, chory doznał znakomitej ulgi. W parę dni poprawił się o wiele stan ogólny chorego, ustąpiły wymioty.

D. 19. III powtórzono przekłucie i wypuszczono znowu około 2 funtów ropy. Chory i otoczenie stanowczo domagali się o radykalną pomoc operacyjną; z tych więc względów zmuszony byłem niejako zdecydować się na przecięcie klatki piersiowej, które i wykonałem na linii pachowej tylnej, w połączeniu z wypiłowaniem 9-go żebra d. 20.III. Pierwsze dni kilka po operacyi, stopniowo, widocznie polepszał się stan chorego, powrócił apetyt, wracały siły, lecz na nieszczęście polepszenie to nie było długotrwałem. Już d. 5.IV wystąpiły znowu wymioty, bóle w różnych okolicach jamy brzusznej, upadek sił, następnie uporczywe zaparcie stolca. Chory zakończył życie d. 8.IV. Przy otwarciu zwłok znaleziono: *Pleuritis purulenta dextra. Carcinoma oesophagi, carcinoma sec. hepatis, et glandularum suprarenalium.*

† 19. Selibratnow Michał, lat 18.

Przybył d. 20.V, umarł d. 10.VI.



*Pyothorax.*

† 20. Wichrowski Wojciech, lat 40.

Przybył d. 31.VII, umarł d. 16.VIII.

**XVI.** *Pyothorax duplex.*

Tranzłokowany z oddziału chorych wewnętrznych.

Po zbadaniu chorego, znaleźliśmy na lewo od kolumny kręgowej, w okolicy 7-go, 8-go i 9-go kręgów grzbietowych, guz wielkości kurzego jaja, zlekka spleaszczony, chełbotanie w guzie było wyraźnem.

Guz ten przyjęliśmy za ropień napływowy, wskutek cierpienia kręgów; po przecięciu go, wypłynęła ogromna ilość ropy gęstej, cuchnącej. Przy badaniu zgłębnikiem nie udało się jednak dojść do miejsca, które mogłoby potwierdzić nasze rozpoznanie, a do którego upoważniała jeszcze wiadomość, iż chory przed rokiem uderzony był w okolicę wyżej wzmiankowanych kręgów. Stan chorego po wykonanej operacji początkowo nieco się polepszył, lecz polepszenie to było tylko przejściowem. Przy otwarciu zwłok znaleziono ogromny wysięk ropny w obu opłucnych, w lewej zaś opłucnej, na lewo od kolumny, otwór, drążący ukośnie ku zewnątrz, między wyrostkami poprzecznymi 7-go i 8-go kręgów i następnie łączący się z ogniskiem ropnem podskórnem, które pozostało po przecięciu ropnia.

c) Nowotwory.

Chorych 1, wyzdrowiał 1.

**XVII.** *Neoplasma pectoris. Excisio cum resectione costarum 5, 6, 7, 8.*

Kiora Józef, ekonom, wieku lat 56. Do szpitala przybył d. 20.V. Choremu przed laty kilku wycięto guz, objętości dosyć znacznej, w okolicy brzeżu wewnętrzznego lewej łopatki. Obecnie na klatce piersiowej z prawej strony, w okolicy 5-go żebra i poniżej, rozpoczynając od linii pachowej przedniej, w kierunku ku tyłowi, znajdujemy guz, wielkości dużej pięści, nieco spleaszczony, twardy, niepodatny. Guz przylegał ściśle do żeber i przestrzeni międzyżebrowych. Skóra na guzie nie była zmienioną, chory był nieco osłabiony, uskarżał się na straszne bóle w okolicy guza, które dręczyły go w dzień i w nocy, odbierały sen i z tego powodu upraszał o pomoc operacyjną.

Początek guza, według słów chorego, datuje zaledwie od 3-ch miesięcy. Przy badaniu płuc, serca, nie znaleziono nic godnego uwagi. Dn. 10.VI wykonano operację: cięciem eliptycznem, zwróconem podstawą ku górze, oddzieliłem skórę guz pokrywającą; następnie po sprawdzeniu, iż guz zlewał się zupełnie z żebrami 5, 6, 7 i 8, przystąpiłem wprost do wycięcia części tych żeber odpowiednimi szczypcami z obu stron guza, na granicy zdrowych kości. Ta część operacji i ostateczne oddzielenie, były dosyć mozolne, szczęśliwie jednak skutecznie się dały w granicach wzrostów opłucnej. Następnie na dzień rany operacyjnej, na przestrzeni wielkości dużej dłoni, mieliśmy zgrubiałą opłucną, zgrubienie to, koloru perłowego, dochodziło na przecięciu w niektórych miejscach do  $\frac{2}{3}$  ctm., a nawet i więcej. Kawałek zgrubienia wycięliśmy dla badań pod drobnowidzem. Krwawienie podczas operacji było dosyć znaczne i wymagało podwiązania kilku grubszych naczyń; brzegi rany pooperacyjnej zeszyliśmy na całej przestrzeni, pozostawiając na sączki dwa niewielkie otwory. W ścianie klatki piersiowej powstało tym sposobem zagłębienie znacznych rozmiarów, pokryte li tylko skórą, uwydatniające się szczególnie podczas głębszych ruchów oddechowych.

Przebieg gojenia rany operacyjnej wogóle był dosyć powolnym, ropienie przez długi czas obfitem, w końcu Czerwca w okolicy prawej łopatki wytworzył się duży czyrak, który wymagał przecięcia. Chory wyszedł d. 3.VIII z raną prawie zupełnie zagojoną. Nowotwór wycięty przesłano do zbadania kol. PRZEWOŚKIEMU, badanie wykazało budowę kościo-mięsaka (*osteo-sarcoma*),

o komórkach przeważnie wrzecionowatych. Na skrawkach zaś zgrubiałej opłucnej stwierdzono li tylko zbitą tkankę łączną.

## VI. B r z u c h.

Chorych 17, wyzdrowiało 8, niezupełnie uleczonych 5, umarło 4.

a) Zapalenia przewlekłe.

Chorych 4, wyzdrowiało 2, niezupełnie uleczonych 2.

**XVIII.** Wdziale tym należy uczynić wzmiankę o dwóch chorych, u których rozpoznano ropnie podotrzewne (*abscessus subperitoneales*) i którzy opuścili szpital prawie zupełnie uleczeni. Pierwszy z nich Nowak Andrzej, wyrobnik, lat 37, przybył do oddziału w trzy miesiące od początku choroby, w Listopadzie 1885 r., z guzem wielkości gęsiego jaja, uwydatniającym się w okolicy nadbrzuszej, poniżej wyrostka mieczykowatego. Chory nie umiał dokładnie określić początku choroby i objawów mu towarzyszących, twierdził tylko, iż dotąd na nie nigdy nie chorował, uskarżał się na dokuczliwe bóle w prawym podżebrzu, przechodzące ku tyłowi, na brak apetytu, odbijanie, bezsenność. Chełbotanie w guzie było wyraźnem; początkowo ograniczyłem się na przekłuciu cienkim trójgranicem i na wstrzyknięciu 10-o procentowej mieszaniny jodoformu z gliceryną. Ropy przez rurkę trójgranicza odpłynęło około funta. W dni kilka objętość guza powróciła do poprzednich rozmiarów, stan ogólny chorego nieco się pogorszył, z tych więc powodów d. 11.I wykonałem na linii pośrodkowej, poniżej wyrostka mieczykowatego, głębokie cięcie, długości około 2 cali. Przez otwór odplynęła ogromna ilość ropy, wpośród której pływały strzępy zmarzwiałej tkanki łącznej. Badając bliżej, przekonałem się, iż ropień umiejscowionym był przeważnie po nad wątrobą, ścianę górną stanowiła przepona, palcem swobodnie można było dojść do 5-go prawego żebra, z lewej strony jama ropnia była daleko więcej ograniczoną. Chory, po dokonanej operacji, doznał znakomitej ulgi, następnie jednak ropienie było bardzo obfitem i wymagało częstej zmiany opatrunków. Chory pozostawał w oddziale do d. 10.IV, wyszedł z niewielką przetoką, drążącą do jamy głębokiej na 6—7 ctm., o wydzielinie ropnej bardzo skąpej, dozwalającej na zmianę opatrunku co cztery, pięć dni.

**XIX.** Sposzczenie drugie dotyczy Piotrowskiego Aleksandra, ślusarza, wieku lat 25, który przybył do oddziału d. 10.I w sześć tygodni od początku choroby. Początkowo chory, bez żadnej widocznej przyczyny, uskarżał się na bóle w okolicy lędźwiowej lewej, które rozchodziły się ku górze do nerki, ku przodowi, w kierunku pachwiny i jądra, z postępem czasu w okolicy pachwinowej lewej wytworzył się guz bolesny, rozlany, co zmusiło chorego do zwrócenia się o pomoc lekarską. Przy badaniu znaleźliśmy w okolicy pachwinowej lewej guz, więcej rozlany, wielkości gęsiego jaja, za dotknięciem bolesny, chełbocący, skóra na guzie nie była zaczerwieniona. Chory nieco gorączkował, tętno było przyspieszone. D. 12.I wykonaliśmy głębokie cięcie w kierunku więzu POUPARTA; przez otwór wypłynęła ogromna ilość ropy gęstej. Badanie bliższe przekonało o istnieniu jamy podotrzewnej, sięgającej ku górze do 12—11-go żebra, od dołu zaś ukośnie przechodzącej do worka mosznowego. W celu przeprowadzenia sączków, wykonaliśmy dodatkowo dwa cięcia, jedno około końca wolnego 12-go żebra, drugie zaś w górnej części moszny.

Stan chorego w dni kilka znacznie się poprawił, w oddziale chory pozostawał do dnia 13.II, wyszedł prawie zupełnie uleczony.

b) Nowotwory.

Chorych 2, niezupełnie uleczonych 1, umarł 1.

Z prośbą o pomoc operacyjną przybył do oddziału w miesiącu Listopadzie, chory z objawami raka odźwiernika; ze względu jednak na znaczne wyniszcze-

nie, ogólny upadek sił, niepodobna było zadość uczynić jego żądaniu. Niezależnie od tego, spostrzegliśmy drugiego chorego z guzem w jamie brzusznej.

† 21. *Tumor abdominis. Laparotomia.*

**XX.** Załuski Piotr, urzędnik, wieku lat 59. Do szpitala przybył dnia 26.VII. Do Marca r. b. chory na nic nigdy się nie uskarżał i pomimo móżolnej pracy urzędnika, z wyjątkiem jakiegos cierpienia płuc, którego określić nie umie, nie wiedział, co to jest choroba i, jak sam twierdzi, ze względu na zdrowie, był jednym z najszcześniejszych. W roku bieżącym w miesiącu Kwietniu spostrzegł w jamie brzusznej jakiś guzik ruchomy, niebolesny; lekarz, do którego zwrócił się z prośbą o pomoc, zamiast jednego, wykrył w jamie brzusznej trzy guzy i po zbadaniu chorego, radził natychmiastowy wyjazd do Warszawy, ewentualnie w celu poddania się odpowiedniej operacji.

D. 25.V na wspólnej konsultacji tu w Warszawie miał zalecone słone kąpiele, wewnątrz środki czyszczące. Po kilku jednak kąpielach, użytych po powrocie w domu własnym, czuł się o wiele słabszym i z tego powodu zaniechał kąpieli. Tymczasem guzy w jamie brzusznej znacznie się powiększały, powoli przyłączył się obrzęk kończyn dolnych, chory znowu przybył do Warszawy, lecz z powodu niemożności pozostania na dłużej, nie mógł poddać się operacji, wykonanie której natychmiastowe było mu zaleconem. Widocznie jednak pogarszający się stan zdrowia, stopniowa utrata sił, zmusiły go znowu do zwrócenia się z prośbą o pomoc do szpitala naszego. Chory był nadzwyczaj osłabiony, temperatura ciała nieco podwyższoną, język podsychający, puls około 120, kończyny dolne do kolan obrzęknięte, skóra sucha, tkanki tłuszczowej podskórnej brak zupełny. Mocz ilość niewielka, białka nie było. W narządach klatki piersiowej nie wykryto nic godnego uwagi. Objętość brzucha w okolicy pępkowej dochodziła do 105 ctm., od wyrostka mieczykowatego do pępka 28 ctm., od pępka do spojenia łonowego około 15. Przyczyną powiększonej objętości brzucha było przeważnie nagromadzenie płynu, co i uniemożliwiało dokładne zbadanie narządów jamy brzusznej. Z prawej strony, poniżej pępka, bliżej jamy biodrowej wewnętrznej, wyczuwało się jednak guz objętości znacznej, nieco ruchomy, twardy, niebolesny, lecz niepodobna było określić jego rozmiarów i stosunku do drugiego guza, nieco spłaszczonego powyżej pępka, który zdawał się sięgać do okolicy wyrostka mieczykowatego. Ze strony lewej, w niedalekiej przestrzeni od pierwszego, znaleźliśmy jeszcze dwa guziki mniejsze, twarde, ruchome. Pomimo jednak najstaranniejszych badań, niepodobna było nic orzec o istocie guzów, ich usadowieniu, słowem, rozpoznanie więcej ściśle było niewykonalnem. Jedno tylko zdawało się być pewnem, iż guzy należały do złośliwych, a to ze względu na szybki ich wzrost i tak raptowny upadek sił chorego, który, jak sam twierdzi, w ciągu dwóch miesięcy stracił siły i zmienił się nie do poznania. Chory, widząc groźny swój stan, prosił o pomoc operacyjną, z którą spieszyliśmy niechętnie, w każdym bowiem razie była ona o wiele już spóźnioną, zastrzegłem więc, iż do operacji przystąpimy, lecz za następstwa jej ręczyć niepodobna, przedewszystkiem niepodobna jest orzec zgóry, czy usuniemy guzy, których siedliska w danej chwili nie jesteśmy w stanie określić. D. 2.VIII przystąpiliśmy do rozcięcia brzucha. Z jamy otrzewnej wypłynęło około 10 funtów gęstej, cuchnącej ropy. Po oczyszczeniu jamy brzusznej rozczynelem kwasu bornego, znaleźliśmy na lewo od kiszki ślepej, pomiędzy listkami krężki kiszki cienkiej, guz formy gruszkowatej, wielkości główki nowonarodzonego dziecka, drażący ku górze i wewnątrz w kierunku kolumny kręgowej. Ruchomość guza była ograniczoną, w miarę zaś posuwania się ku górze, był niemal stały i w żadnym kierunku niepodobna było go poruszyć. Kiszka cienka okalała niemal cały guz, obok inne pętlice kiszki cienkiej tworzyły zwoje, które, z powodu zrostów pomiędzy sobą i zmienioną siecią, żadną miarą nie dozwalały się oddzielić, a nawet usunąć z miejsca. Zrosty te nie dozwalały wreszcie określić dokładnie

stosunku guza do drugiego, usadowionego powyżej pępka, w kierunku pionowym. Tym więc sposobem, niepodobna było nawet myśleć o usunięciu guzów. Jamę otrzewnej przepukaliśmy najstaranniej rozcynnem kwasu bornego i po zbliżeniu za pomocą szwów głębokich i powierzchownych brzegów rany brzucha, w kącie dolnym pozostawiliśmy gruby sączek. D. 3.VIII chory wymiotował parę razy, puls około 110, temperatura 38° C. Przez sączek obfita wydzielina płynu ropiastego. Dnia 4.VIII zmiany prawie żadnej, wydzielina z sączka nieco mniejsza. D. 5.VIII chory czuł się o wiele lepiej. Mocz u ilości dosyć skąpa. Puls około 100, temperatura 37.5° C. Wydzielina z sączka prawie ustala. Wieczorem dnia tego chory, zamierzając pić herbatę, nagle zakończył życie. Zwłoki zmarłego usunięto natychmiast ze szpitala i z tego powodu otwarcie ich, pomimo najszczerzych chęci, nie mogło być dokonaniem.

c) Różne choroby.

Chorych 11, wyzdrowiało 6, niezupełnie uleczonych 2, umarło 3.

W dziale różnych chorób zamieszczone są przepukliny pachwinowe.

**XXI.** *Hernia inguino-scrotalis dextra incarcerata. Strictura urethrae. Fistulae urethro-perineales. Herniotomia. Urethrotomia interna.*

Charytkiewicz Deodat, obywatel, wieku lat 42. Do szpitala przybył d. 14.IV. Przed laty 20 chorował na trypra, którego nie mógł się pozbyć kilka lat. Powoli, stopniowo, wystąpiły objawy zwężenia cewki moczowej; objawy te przed trzema laty zmusiły chorego poddać się operacji, t.j. wewnętrznej przecięciu cewki moczowej. Jednocześnie przecięto dwa niewielkie ropnie na międzykroczu, po których pozostały przetoki moczowe. Przetoki te nie goiły się przez długi przeciąg czasu, chory się zaniedbał i wcale się nie leczył. Od dzieciństwa, z powodu przepukliny pachwinowej prawej, używał bandaża, lecz bandaż ten, jak sam chory twierdzi, nigdy nie był dokładnie dopasowanym, objętość przepukliny stopniowo się powiększała, chory doznawał częstych bólów, niekiedy zmuszonym był wprowadzać przepuklinę przemocą do jamy brzusznej, D. 13.IV przepuklina nagle się powiększyła, wystąpiły gwałtowne bóle w okolicy pępka, wymioty, chory, pomimo najusilniejszych zabiegów, nie mógł już jej wprowadzić. Wymioty w ciągu doby powtórzyły się dziesięć razy. Przy badaniu chorego znaleźliśmy z prawej strony zaciśniętą przepuklinę pachwinomoszną, wielkości dużej pięści. D. 15.IV wykonano operację: po przecięciu worka przepuklinowego, wypłynęła znaczna ilość płynu ciemno zabarwionego, w worku znaleziono kawał sieci i pętlicę kiszki cienkiej, długości 8—9 ctm.. Na kiszce były liczne ciemne plamki, wskutek wynaczynień krwi, zaciśnięcie w otworze wewnętrznym kanału pachwinowego, przez który zaledwie z trudnością udało się przeprowadzić zgłębnik rowkowy. Trudności te powiększało głębokie położenie obrączki zaciskającej, po nadejściu zaś jej zmienił się wkrótce i wygląd kiszki. Sieć, po uprzednim podwiązaniu, wycięto, a następnie po odprowadzeniu kiszki, oddzielono i wycięto worek przepuklinowy przy otworze zewnętrznym kanału pachwinowego. Pozostałe brzegi otworu worka zbliżono za pomocą szwu z cienkiego jedwabiu. W końcu zaszyto całą ranę operacyjną, pozostawiając w dolnym jej odcinku otwór na grubszy sączek.

Gojenie rany operacyjnej postępowało dosyć szybko i pomyślnie, jednocześnie polepszał się i stan ogólny chorego, pozostawały jednak dolegliwe objawy zwężenia cewki moczowej. Na mosznie z lewej strony, prawie na granicy międzykroczu, powstał niewielki ropień, który pękł d. 11.V. Przy badaniu cewki moczowej znaleźliśmy zwężenie w części głębokiej, przez które udało się przeprowadzić miękki przewodnik uretrotomu. D. 17.V wykonano przecięcie cewki moczowej wewnętrzne, zapomocą uretrotomu MAISONNEUV'a, jednocześnie zaś wykonano i głębokie cięcie, łączące na międzykroczu przetoki moczowe. Chory pozostawał w szpitalu do d. 12.VI, wyszedł w stanie zadawalającym

pozostała tylko niezupełnie zagojona rana na międzykroczu, lecz i ta była powierzchowna i bez żadnego już związku z cewką moczową.

**XXII.** *Hernia inguino-scrotalis sinistra incarcerata. Herniotomia.*

Grzegorzczyk Maciej, wyrobnik wieku lat 28, do szpitala przybył d. 6.VI. Chory od lat kilku dotknięty był przepukliną pachwino-moszną z lewej strony, która, powiększając się, z biegiem czasu doszła do objętości dwóch pięści. Przepuklina była wogóle łatwo odprowadzalną, nie przeszkadzała w codziennych chorego zajęciach i z tego powodu nie używał on nawet bandaża. Na siedm dni przed wejściem do szpitala, bez żadnej ściślej dającej się określić przyczyny, w przepuklinie powstał gwałtowny ból, próby zaś odprowadzenia pozostały już bez skutku. Stoleców od dnia tego nie było zupełnie. Chory, pomimo wzrastających bólów, niepokoju, pozostawał bez żadnej pomocy lekarskiej. D. 7.VI, po zbadaniu chorego, przystąpiliśmy do wykonania operacyi. Po przecięciu worka przepuklinowego, wypłynęła duża ilość płynu ciemno zabarwionego. W worku okazała się pętlica кишки grubej, długości około 14—15 ctm., w ścianach której, bliżej kręzki, gdzieniegdzie niewielkie wynaczynienia krwi. Zaciśnięcie było bardzo mocnem w szyjce i wymagało paru głębokich nadcieć. Po usunięciu go, wydobyliśmy, jak zwykle, część kiszki z jamy brzusznej, dla dokładnego obejrzenia pętlicy znajdującej się w worku; podczas czynności tej naderwała się otrzewna, pokrywająca kiszkę w zagłębieniu kolistem, w miejscu zaciśnięcia, i z tego powodu założyliśmy trzy powierzchowne jedwabne szwy. Po odprowadzeniu kiszki do jamy brzusznej, oddzieliliśmy worek przepuklinowy i po przeszyciu go jak najwyżej, wycięliśmy zupełnie. Brzgi rany operacyjnej zeszyliśmy na całej przestrzeni, wprowadzając sączek przez otwór sztuczny w ścianie moszny. Przebieg choroby, gojenie rany operacyjnej były pomyślne, chory wyszedł zdrów d. 7.VII.

† 22. *Hernia inguino-scrotalis dextra incarcerata. Herniotomia. Anus praeternaturalis.*

**XXIII.** Lewicki Józef, kowal, wieku lat 29. Do szpitala przybył w nocy d. 17.IV. Chory od lat trzech dotknięty był przepukliną pachwinową prawej strony, która, stopniowo się powiększając, doszła do poważnych rozmiarów, lecz w każdym razie była łatwo odprowadzalną. Bandaża nie używał. Przed sześciu dniami, bez żadnych widocznych przyczyn, uwydatniły się objawy zaciśnięcia przepukliny, chory jednak dopiero w pięć dni zdecydował się na podróż z Hrubieszowa do Warszawy, z prośbą o pomoc operacyjną. W okolicy pachwinowej prawej znaleźliśmy guz, wielkości dużej pięści, dosyć napięty, opuszczający się do worka mosznowego, skóra na guzie w niektórych miejscach była mocno zaczerwienioną. Brzuch wzdęty, bolesny, twarz zapadnięta, pod oczami zasinienia, puls słaby, zaledwie wymacalny, język suchy. Stolica nie było od dni siedmiu; wymioty, przed paru jeszcze dniami dosyć częste, z zapachem kałowym, obecnie ustaly. D. 18.IV przystąpiliśmy do operacyi. Po przecięciu worka przepuklinowego odpłynęła ogromna ilość płynu cuchnącego z kałem. W worku znaleźliśmy zmienioną szarawą sieć, pokrywającą pętlę kiszki cienkiej, długości około 10 ctm. Ściany kiszki były zmienione, zapadnięte, na wypukłości zaś otwór ziarnka grochu, drażący do wnętrza kiszki. Zaciśnięcie było w otworze kanału pachwinowego wewnętrznym i zaledwie z trudnością przez parę nadcieć usunąć się dało. Po oczyszczeniu pola operacyjnego i czasowem zamknięciu otworu w kiszce za pomocą odpowiednich szczypczyków odcięliśmy przedewszystkiem, po uprzednim podwiązaniu, część zmienionej sieci, następnie przystąpiliśmy do wytworzenia sztucznego otworu stolecowego. Kiszkę cienką, doprowadzającą, znaleźliśmy zmienioną, rozdętą na znacznej przestrzeni, błonę jej śluzową przekrwioną; z tych więc powodów zmuszeni byliśmy wyciąć około 30 ctm. kiszki, wraz z odpowiednią częścią kręzki w postaci trójkąta i następnie dopiero wytworzyć otwór sztuczny. W końcu, z powodu zna-

cznych zmian w worku przepuklinowym, zrostów z jądrem, których oddzielić niepodobna było, usunęliśmy cały worek z jądrem. Brzegi rany zbliżyliśmy za pomocą szwów, o ile się to dało skutecznie, od dołu pozostawiając otwór dla sączka. Operację zmuszeni byliśmy kończyć z nadzwyczajnym pośpiechem, z obawy, by osłabiony chory nie pozostał na stole operacyjnym. Po skończeniu operacji, parę razy wstrzyknięto pod skórę eter siarczany.

D. 19.IV. Chory osłabiony, apatyczny, na nic się nie uskarżał, puls słaby, kał z otworu sztucznego odchodził w niewielkiej ilości, brzuch dotąd nieco wzdęty. D. 22.IV stan ogólny chorego każdodziennie się polepszał, brzuch dosyć miękki, z otworu sztucznego obficie odchodził kał płynny. Wygląd rany dobry, zdjęto parę szwów. Chory dopomina się o pokarm. D. 23.IV nagły upadek sił, chory prawie bez pulsu, na pytania odpowiada z trudnością, w jamie biodrowej wewnętrznej wyraźna guzowatość, pochodzenia której nie byliśmy w stanie sobie wytłómaczyć. Tegoż dnia wieczorem chory zakończył życie. Przy otwarciu zwłok dnia następnego znaleźliśmy: część odprowadzającą kiszki stanowiło zakończenie kiszki cienkiej, w odległości 15 ctm. od kiszki ślepej. Dokładne zrosty około otworu sztucznego, zresztą na otrzewnej żadnych widocznych zmian. Na błonie śluzowej kiszki doprowadzającej, z wyjątkiem powiększonej nieco ilości śluzu, nic godnego uwagi.

W kiszkach grubych znaczna ilość nagromadzonego kału. W jamie biodrowej wewnętrznej, w kierunku mięśnia lędźwio-udowego świeży skrzep krwi, wielkości dużej pięści, lecz źródła krwotoku, pomimo najstaranniejszych poszukiwań, nie mogliśmy odnaleźć. Przypuszczałem możliwość zsunięcia się podwiązki z większej gałęzi tętnicy kręzkowej, które podwiązkiwane były przy wycięciu trójkąta z krézki podczas operacji, lecz tu właśnie pomimo najstaranniejszych poszukiwań, nic nie wykryto. A jednak krwotok ten bezwątpienia był bezpośrednią przyczyną nagłego upadku sił chorego.

† 23. Maciejczak Adam, lat 55.

Przybył d. 8.II, umarł d. 10.II.

*Hernia inguino-scrotalis dextra incarcerata.*

Chory przybył do oddziału prawie bez pulsu, nieprzytomny, ze słów chorego domyślać się należało, iż zaciśniętą przepuklinę wprowadził sam do jamy brzusznej. Przy otwarciu zwłok znaleziono ostre, rozlane zapalenie otrzewnej.

† 24. Pukroszak Kacper, lat 50.

Przybył d. 8.III, umarł d. 27. III.

*Hernia inguino-scrotalis duplex. Gangraena scroti.*

Tranzlokowany z oddziału chorych wewnętrznych.

## VII. Narządy moczowe.

Chorych 47, wyzdrowiało 12, niezupełnie uleczonych 26, umarło 5. pozostało 4.

a) Nowotwory.

Chorych 3, niezupełnie uleczony 1, umarło 2.

W dwóch przypadkach ostateczne rozpoznanie nowotworów pęcherza moczowego zawdzięczamy badaniom moczu pod drobnowidzem przez kol. PRZEWO-SKIEGO; w obu pośmiertne otwarcie ciał potwierdziło rozpoznanie.

† 25. Moskalenko Antoni, lat 53.

Przybył d. 24.XII, umarł d. 14.I 1887 r.

*Carcinoma vesicae urinariae.*

† 26. Zotin Piotr, lat 55.

Przybył d. 14.XII, umarł d. 3.I 1887 r.

*Carcinoma vesicae urinariae.*

b) Różne choroby.

Chorych 20, wyzdrowiało 4, niezupełnie uleczonych 10, umarło 3, pozostało 3.

U jednego chorego, który przybył do oddziału 30.VIII, dwunastoletniego Oksinka Jana, znaleźliśmy niewielki, twardy kamień w pęcherzu moczowym.

Ojciec jednak na wiadomość, iż syn jego bez operacji nie może być wyleczony, nie tracąc czasu, uważał za stosowniejsze zabrać go do domu.

Zwężenie cewki moczowej, w dziale tym wskazanych, spostrzegaliśmy dziewięć.

**XXIV.** *Stricture urethrae, urethrotomia interna.*

Lerontowicz Julijan, włościanin, wieku lat 31. Do oddziału przybył d. 12.III. Przed laty 7 chorował na trypra, od którego wogóle nadzwyczaj nieprawidłowo był leczonym. Od 10 miesięcy doznawał trudności przy oddawaniu moczu, które, stopniowo się powiększając, zmusiły chorego do zwrócenia się z prośbą o pomoc. Obecnie chory mocz oddaje kroplami, z bólem mocnym, niekiedy tylko bywa strumień cienki, prawie nitkowaty.

Badanie cewki wykazało zwężenie w części błoniastej, przez które z trudnością zaledwie dał się przeprowadzić przewodnik miękki uretrotomu MAISONNEUV'a. Stan ogólny chorego dobry.

D. 18.III wykonano przecięcie cewki moczowej wewnętrzne za pomocą wyżej wzmiankowanego uretrotomu.

Chory wyszedł w stanie zadawalającym d. 12.IV.

**XXV.** *Stricture urethrae, urethrotomia interna.*

Przybyła Walenty, wyrobnik, wieku lat 52. Do szpitala przybył d. 28.II. Od roku doznaje trudności przy oddawaniu moczu, strumień którego coraz bardziej staje się cieńszym. Przy badaniu cewki moczowej znaleźliśmy zwężenie w części jej błoniastej, przez które po kilku dopiero próbach udało się przeprowadzić miękki przewodnik uretrotomu MAISONNEUV'a. D. 19.III wykonano przecięcie cewki moczowej wewnętrzne za pomocą tegoż uretrotomu. Chory wyszedł w stanie zadawalającym d. 23.III, uważając dalszą kurację za zbytęzną.

**XXVI.** *Retentio urinae. Stricture urethrae. Punctio vesicae urinariae. Urethrotomia interna.*

Banas Michał, stróż, wieku lat 47. Do szpitala przybył d. 2.VII. Przed paru tygodniami zachorował na trypra. Obok innych środków, zalecanych mu przez lekarza, stosując się do porady dobrych znajomych i przyjaciół, zaszprycował sobie dużą szprycę wapna. Wkrótce potem wystąpiły gwałtowne bóle, obrzmienie całego prącia i zupełne zatrzymanie moczu. Próby wprowadzenia cewnika pozostały bez skutku, zamiast moczu odchodziła obficie krew, chory w tym stanie przybył do oddziału.

Po zbadaniu chorego okazało się, iż pęcherz moczowy, z powodu przepelnienia go, dochodził powyżej pępka, całe prącie było mocno obrzękłe, na skórze prącia liczne sine plamy. Wprowadzenie cewnika, początkowo miękkiego, a następnie i metalowego, było niemożliwym, cewnik opierał się stale w jednym miejscu w okolicy opuszkowej i przy każdym poruszeniu go występował krwotok, mimowolnie więc zmuszeni byliśmy zaprzestać wszelkich prób wprowadzania cewnika, natomiast postarać się opróżnić pęcherz w inny sposób. Z opowiadania chorego dowiedzieliśmy się nadto, iż na trypra chorował już kilka razy, i że każdorazowo, pomimo zalecanych mu środków lekarskich, choroba trwała bardzo długo, że przed ostatnim tryprem chory wypróżnił pęcherz, już od kilku miesięcy, z pewną trudnością i że oddawanie moczu było wogóle dosyć częstem. Z tych więc względów zdecydowaliśmy się na przekłucie pęcherza powyżej spojenia łonowego, za pomocą w tym celu używanego trójgrańca. W pę-

cherzu, po przepłukaniu go rozczynek 4% kwasu borowego, utwierdziłmy na stałe rurkę trójgrzańca. Stan chorego przez pierwsze dni kilka był zadawalający; dnia 6.VII, z powodu nagromadzenia ropy pod skórą, w okolicy tylnej prącia, wykonaliśmy podłużne cięcie na przestrzeni około 5 cm. Podczas oczyszczenia jamy ropnej okazało się, iż łączy się ona z cewką moczową, za pomocą dwóch otworów w ścianie cewki. Zamiast rurki metalowej trójgrzańca, wprowadziliśmy tegoż dnia cewnik miękki NÉLATON'a, zaopatrzone w przyrząd kauczukowy DITTEL'a. D. 16.VII badając cewkę moczową, stwierdziliśmy zwężenie w części jej błoniastej, przez które z trudnością przeszła świeczka N. 12. Dnia 27.VII wykonaliśmy przecięcie cewki moczowej wewnętrzne za pomocą uretrotomu MAISONNEUV'a. W pęcherzu pozostawiliśmy cewnik miękki N. 18, usunęliśmy zaś zupełnie przyrząd DITTEL'a. D. 28.VII stan chorego dobry, cewnik usunięto. D. 3.VIII chory wypróżniał pęcherz drogą naturalną, bez bólu, rana na brzuchu prawie zupełnie zagojona, na prąciu pozostała niezabliźniona powierzchnia wielkości ziarnka grochu. Chory pozostawał w szpitalu do dnia 10.VIII. Wyszedł w stanie zadawalającym, przez zwężenie swobodnie przechodziła świeczka N. 19.

**XXVII.** *Stricture urethrae. Fistulae urethroperineales. Urethrotomia interna.*

Rybczyński Antoni, urzędnik, wieku lat 31. Do szpitala przybył d. 13.VIII. Chory od lat kilku cierpi na zwężenie cewki moczowej; w roku przeszłym wytworzył się u niego ropień na mosznie, po przecięciu którego rana długi czas się nie goiła. Przed czterema tygodniami powstał drugi ropień na międzykroczu, prawie na granicy moszny. Ropień przecięto, pozostała jednak przetoka, przez którą sączy się mocz, na około przetoki zgrubienia, stwardnienia tkanek, preechodzące na ścianę cewki w części jej mosznowej. Badanie cewki wykazało zwężenie w części błoniastej, przez które z trudnością przechodziła świeczka N. 11. Stan ogólny dobry. Choremu początkowo zalecono letnie okłady w okolicy przetoki. W kilka tygodni zgrubienia tkanek zniknęły niemal zupełnie. D. 6.IX wykonaliśmy przecięcie cewki moczowej wewnętrzne za pomocą uretrotomu MAISONNEUV'a, pozostawiając miękki cewnik, jak zwykle, na dobę. Podczas operacji krwawienie było dosyć obfite i nie ustawało dnia następnego po usunięciu cewnika, mocz był zabarwionym przez krew właściwie do dnia 10.IX. Chory opuścił szpital w stanie zadawalającym dnia 17.IX.

**XXVIII.** *Stricture urethrae. Urethrotomia interna.*

J. S., lekarz, wieku lat 29. Do szpitala przybył d. 27.XI. Przy badaniu chorego wykryliśmy istniejące już od lat ośmiu i leczone z rozmaitemi przerwami, zwężenie cewki moczowej części opuszkowej. Świeczka miękka N. 10 przechodziła z trudnością. D. 29.XI wykonaliśmy przecięcie cewki moczowej wewnętrzne za pomocą uretrotomu MAISONNEUV'a.

Chory pozostawał w szpitalu do d. 8.XII, wyszedł w stanie zadawalającym.

**XXIX.** *Stricture urethrae traumatica, fistulae urethro-perineales. Urethrotomia externa.*

Fischer Wilhelm, kolonista, wieku lat 10. Do szpitala przybył d. 8.X. Chory przed sześciu tygodniami, spadając z drzewa, ranił się w okolicę międzykroczca. Głęboka i obszerna rana wkrótce po upadnięciu zeszyta była przez lekarza, stan chorego był zadawalający. Rana w parę tygodni zagoiła się, lecz pozostał otworek, przez który przechodził mocz; otworek ten stopniowo się zmniejszał, chory coraz trudniej opróżniał pęcherz. w końcu zaś, jak w dniu przybycia do szpitala, mocz przez otworek ten zaledwie przesączał się kroplami. Choremu od chwili zranienia cewnika zupełnie nie wprowadzano i, o ile się zdaje, pęcherz opróżniał się li tylko przez ranę na międzykroczu; szczegółów tych chory dokładnie nie objaśnia. Przy badaniu cho-



rego znaleźliśmy na międzykroczu bliżną długości około 2 ctm., przechodzącą ukośnie z prawej strony linii pośrodkowej na lewą, od tyłu ku przodowi i przy lewem zakończeniu blizny, bliżej lewej gałęzi zstępującej, przetokę, przez którą od czasu do czasu sączył się mocz. Chory nie oddawał zupełnie moczu drogą naturalną, lecz od jak dawna to trwa, nie pamiętał, twierdził tylko, iż dotąd mocz odchodził swobodnie przez ranę na międzykroczu. Cewnik metalowy, wprowadzony do cewki, przechodził z łatwością do blizny na międzykroczu, po za bliznę wprowadzenie cewnika było niemożliwym. Pęcherz moczowy, z powodu przepełnienia go, tworzył guz twardy, sięgający prawie do pępka, chory był niespokojny, puls przyspieszony. Wkrótce po przybyciu chorego, opróżni-liśmy pęcherz za pomocą przyrządu POTAIN'a. D. 9.VIII w stanie ogólnym chorego nie ma prawie żadnej zmiany, pęcherz moczowy wystaje na parę palców po nad spojenie łonowe, mocz przesącza się przez przetokę na międzykroczu. Zgłębnikiem wprowadzonym przez przetokę przechodzi się ukośnie do blizny na linii pośrodkowej i w tem miejscu zgłębnik stale się opiera. Postanowiliśmy wykonać przecięcie cewki moczowej zewnętrzne. Po wprowadzeniu cewnik<sup>1</sup>ka wykonaliśmy na linii pośrodkowej międzykroczu cięcie na przestrzeni około 2 ctm., rozpoczynające się na granicy moszny. Posuwając się warstwami, do- szliśmy do miejsca, w którym opierał się cewnik i na cewniku przecięliśmy ścia- nę cewki. Następnie na zgłębniku rowkowanym przecięliśmy przechodzącą ukośnie przetokę. Odszukanie otworu tylnego na dnie rany, w kierunku pę- cherza, było dosyć mozolnem, jednak szczęśliwie się powiodło i po nacieciu otworu w kierunku ku tyłowi, wprowadziliśmy do pęcherza cewnik miękki NÉLATON'a, przez który mocz odpłynął swobodnie. W końcu, po wycięciu bliznowatych ścian, tworzących przetokę na ranę operacyjną, nałożyliśmy szew jedwabny, przerywany, pozostawiając cewnik w pęcherzu na stałe.

D. 11.VIII stan ogólny chorego zadawałający, mocz przez cewnik od- chodzi swobodnie. Po zdjęciu szwów, brzegi rany rozeszły się na całej prze- strzeni. Gojenie rany operacyjnej wogóle było bardzo powolnem, d. 1.X była ona wprawdzie zagojona, lecz w miejscu dawnej blizny pozostawała niewielka przetoka, przez którą, podczas wypróżniania pęcherza, każdorazowo mocz prze- chodził kroplami lub nawet cienkim strumieniem. Cewnik miękki NÉLATON'a, po usunięciu go z pęcherza w parę tygodni po operacji, wprowadzaliśmy kaźdo- dziennie na 1/2 godziny i więcej. Wprowadzanie to było coraz trudniejszem, a nawet połączone z bólem, chory pozostawał w szpitalu do d. 27.X, wyszedł na usilne żądanie rodziców, dla których dłuższy pobyt, ze względu na kosztą, był zanadto uciążliwym.

### XXX. *Stricture urethrae, urethrotomia externa.*

M a k o w s k i A n d r z e j, włościanin, wieku lat 39. Do oddziału przy- był d. 26.VIII. U chorego przed czterema miesiącami, bez widocznych przy- czyn, powstały bóle podczas oddawania moczu, bóle te następnie powtarzały się coraz częściej, oddawanie moczu było coraz bardziej męczącym, w końcu doszło do tego, iż mocz bez przerwy odchodził kroplami. Choremu wprowadzano ce- wnik metalowy, lecz z tego właśnie powodu stan jego znacznie się pogorszył. Chory wogóle cały przebieg choroby opowiada w sposób nadzwyczaj niezrozu- miały i z opowiadania tego niepodobna jest żadną miarą wywnioskować coś więcej stanowczego. Badając go, znaleźliśmy pęcherz moczowy przepełniony, sięgający prawie do pępka, mocz sączył się kroplami, bez przerwy, na między- kroczu guz znacznej objętości, w guzie chelbotanie było wyraźnem. Przy uci- sku na guz, z zewnętrznego otworu cewki moczowej wydzielal się strumień cu- chnącego moczu, co trwało do chwili zupełnego opróżnienia guza. Cewnikiem metalowym dochodziliśmy do jamy w okolicy międzykroczu, lecz próby wpro- wadzenia cewnika do pęcherza, po za tę jamę, były niepomysłne, tym więc spo- sobem i opróżnienie pęcherza za pomocą cewnika było niemożliwym. Badanie

przez kiszkę wykazało znaczne powiększenie gruczołu krokowego. Chory był bardzo osłabiony, uskarżał się na kaszel, brak apetytu, bezsenność; puls słaby, około 100. D. 3.IX wykonałem, po wprowadzeniu cewnika, cięcie na linii pośredkowej międzykrocza, rozpoczynające się od moszny i dochodzące na cal od otworu stolcowego. Przez ranę wypłynęła znaczna ilość cuchnącego moczu z ropą. W ścianie tylnej jamy, do której obecnie przystęp był wolnym, zgłębnikiem odszukałem otwór, przez który cewnik miękki NÉLATON'a, poprzednio już od zewnątrz wprowadzony, swobodnie przeszedł do pęcherza. Tym więc sposobem, opróżniliśmy w końcu pęcherz z jego zawartości. Cewnik NÉLATON'a pozostawiliśmy na stałe w pęcherzu. W jaki sposób w okolicy międzykrocza wytworzyła się jama tak znacznej objętości, w ścianach której niepodobna było nawet dokładnie rozpoznać ścian cewki moczowej, wytlómaczenie w pierwszej chwili było trudnem; zastanawiając się jednak nad przebiegiem choroby, przypuścić należy, iż chory oddawna już, wskutek powtarzających się zapaleń miejscowych, dotknięty był zwężeniem cewki moczowej, i że przy nieogłędnem wprowadzaniu metalowego cewnika, zraniono lub wprost rozerwano ścianę cewki. Brak zaś zupełny pomocy lekarskiej, przeciągające się choć i niezupełne zatrzymanie moczu, długotrwałe ropienie, spowodowały zmiany dalsze. Stan chorego po dokonanej operacyi w parę tygodni nieco się poprawił, cewnik stałe pozostawał w pęcherzu, przy każdodziennem płukaniu rozczyntem kwasu bornego, starannem oczyszczaniu rany i całej jamy na międzykroczu, ta ostatnia zmniejszyła się znacznie, a w końcu i wygląd jej zewnętrzny stopniowo się polepszał. Chory jednak uskarżał się na ciągły kaszel, na brak apetytu, ogólne osłabienie; w obu płucach u wierzchołków oddech pęcherzykowy był niewyraźny, słowem w stanie ogólnym, pomimo zalecanych środków, odpowiedniej diety, polepszenia nie było. Chory pozostawał w oddziale do d. 5.XII, wyszedł z raną na międzykroczu niezagojoną, osłabiony, pęcherza bez pomocy cewnika zupełnie nie opróżniał. W kilkanaście dni przywieziono go powtórnie do szpitala, wycięczenie ogólne doszło do tego stopnia, iż chory zaledwie był w stanie się poruszać i po paru tygodniach zakończył życie. Przy oględzinach pośmiertnych znaleziono: głębokie, gruźlicze owrzodzenia na błonie śluzowej cewki moczowej, pęcherza moczowego, lewego moczowodu, miedniczek i kielichów lewej nerki. W pobliżu zaś opuszki brak zupełny, na dość znacznej przestrzeni ściany tylnej cewki moczowej.

† 27. Budrowicz Jordan, lat 55.

Przybył d. 26. XI, umarł d. 6. II.

*Stricture urethrae. Periurethritis. Gangraena scroti.*

† 28. Rudolf Jan, lat 72.

Przybył d. 11. VI, umarł d. 21. VI.

*Fistulae urethro-perinaeales post stricturam. Marasmus.*

† 29. Makowski Andrzej, lat 39.

Przybył d. 17. XII, umarł d. 12. I 1887 r.

*Marasmus. Fistulae urethro-perinaeales. Urethritis, cystitis, ureteritis, pyelitis tuberculosae.*

## VIII Narządy płciowe.

Chorych 11, wyzdrowiało 3, niezupełnie uleczonych 8.

a) Nowotwory.

Chorych 2, niezupełnie uleczonych 2.

**XXXI.** *Neoplasma testiculi dextri. Hydrocele. Punctio.*

Gajewski Antoni, wyrobnik, wieku lat 36. Do szpitala przybył d. 16. III. Początku choroby, w jaki sposób powstała, chory wyjaśnić nie jest

w stanie. twierdzi tylko, iż od trzech tygodni puchnie prawe jądro. Poprzednio na nic nigdy nie chorował. Przy badaniu znaleźliśmy z prawej strony w worku mosznowym guz, wielkości dużej pięści, pod światło przeświecający, w dolnej części guza wyczuwało się twarde jądro. Na obu gołeniach były liczne blizny, około lewej kostki wewnętrznej niewielkie powierzchowne owrzodzenia. Chory uskarżał się na powtarzające się coraz częściej bóle kończyn dolnych. Gorączki żadnej, stan ogólny niezły. Choremu zalecono wewnątrz roztwór jodku potasu, bóle kończyn dolnych po kilku dniach nieco się zmniejszyły. Dnia 25.III wykonaliśmy trójgranicem przekłucie guza i po wypuszczeniu około szklanki żółtawego przezroczystego płynu, wstrzyknęliśmy parę uncyj 10% rozczynu kwasu karbolowego. Przy ułtwionem po operacji badaniu okazało się, iż prawe jądro jest przynajmniej w czwórnasób powiększonym, twardem, w niektórych miejscach twardość ta zbliżała się do chrząstki. Przyjadrze złane niejako z jądrem stanowiło jeden guz. Bólów, przy mocnym nawet ucisku, nie było żadnych. Na mosznę zalecono zimny okład z lodem. Po trzech dniach wystąpiły objawy gorączkowe, z rany, po przekłuciu trójgranicem, sączył się w niewielkiej ilości płyn; guz, stanowiący puchlinę wodną, stopniowo się powiększał. W parę tygodni stan chorego polepszył się, puchlina o wiele zmalała, chory jednak nie chciał poddać się dalszej kuracji i opuścił szpital d. 26.IV.

### XXXII. *Cancer penis. Amputatio penis.*

Przyłóżyński Andrzej, włościanin, wieku lat 45. Do szpitala przybył d. 25.V. Przy badaniu chorego okazało się: całe prącie stanowi bezkształtny, pokryty głębokim owrzodzeniem guz, w zagłębieniach którego od przodu, gdzieś niedzie, znajdują się małe otworki, przez które sączy się mocz. Owrzodzenie od dołu i ku tyłowi przechodzi na mosznę.

Gruczoły chłonne pachwinowe zaledwie nieco powiększone. Choroba trwa od 1½ roku, chory znacznie osłabiony. D. 4.VI wykonano odjęcie prącia w sposób następujący: cięciem kolistem na zdrowej skórze okroiliśmy cały guz, obejmując owrzodzenie i na mosznie, następnie od góry posuwając się coraz głębiej, doszliśmy do przyczepów kostnych ciał jamistych, które odcięliśmy od kości. Następnie, po wykonaniu cięcia na linii pośrodkowej moszny, starannie oddzieliliśmy niezmiennione jeszcze ściany cewki moczowej, odcinając je w części już mosznowej, przynajmniej na cal powyżej tkanek przez nowotwór zajętych. Tym więc sposobem dokładnie były usunięte wszystkie części przez nowotwór zmienione. Ściany pozostałej cewki moczowej przyszyliśmy z obu stron do skóry, przyszywając również na zewnątrz błonę jej śluzową. Od góry brzegi rany zbliżyliśmy za pomocą szwów, pozostawiając niewielki otwór na sączek. Krwawienie podczas operacji było obfitem i wymagało podwiązania wielu naczyń. Gojenie rany operacyjnej postępowało dosyć powolnie, chory pozostawał w oddziale do d. 15.VIII i wyszedł niezupełnie jeszcze zagojony, z rozpoczynającym się już zwięzieniem nowo-wytworzonego otworu cewki moczowej.

## IX. Miednica, lędźwie.

Chorych 43, wyzdrowiało 20, niezupełnie uleczonych 18, umarło 3, pozostało 2.

### a) Nowotwory.

Chorych 10, wyzdrowiało 4, niezupełnie uleczonych 3, umarł 1, pozostało 2.

U sześciu chorych, z powodu zapalenia i ropienia gruczołów chłonnych pachwinowych i udowych, wykonano ich wycięcie; u niektórych rany operacyjne dochodziły do poważnych rozmiarów i samo wykonanie operacji, z powodu sąsiedztwa naczyń, było bardzo utrudnionem. U czterech chorych spostrzegaliśmy rakę odbytnicy, u trzech z nich, z powodu znacznych zniszczeń, zajęcia

gruczołów chłonnych, pomoc operacyjna była niemożliwą, jeden z nich umarł w szpitalu, dwóch wyszło nieuleczonych, u jednego zaś wykonaliśmy z powodzeniem wycięcie nowotworu.

**XXXIII.** *Carcinoma recti. Excisio.*

Krupiński Franciszek, włościanin, wieku lat 51. Do szpitala przybył d. 9.II. Przy badaniu chorego okazało się: owrzodzenie rakowate obejmuje ścianę tylną kiszki stolcowej, od dołu przechodzi na stronę prawą, a nawet nieco ku przodowi. Brzegi owrzodzenia są twarde, od części zdrowych wyraźnie odgraniczone. Palcem wskazującym, wprowadzonym do odbytnicy, zaledwie wyczuwa się granicę tylną-górną owrzodzenia, od dołu jednak błona śluzowa kolisto na przestrzeni około 1 ctm. i sam otwór stolcowy nie są zmienione. Badanie palcem jest nader bolesnem i z powodu kurczy zwieracza utrudnionem. Wypróżnienia stolcowe wogóle są nader bolesne. Chory osłabiony. Objawów cierpienia pęcherza moczowego nie ma żadnych. Gruczoły chłonne, o ile je zbadać można było, nie zajęte. Choroba trwa od kilku miesięcy, początku jej chory określić dokładnie nie jest w stanie. D. 16.II wycięto całą część kiszki przez nowotwór zmienioną, dla ułatwienia operacji przeciętym był otwór stolcowy i część kiszki ku tyłowi, w kierunku kości ogonowej. Brzeg górny błony śluzowej ze strony prawej i od przodu, po wycięciu nowotworu, zeszyto z dołą, niezmienną częścią tej błony powyżej zwieracza, tym więc sposobem od tyłu tylko pozostała niewielka przestrzeń, nie pokryta przez błonę śluzową. Opatrunek z lepkiej gazy jodoformowej. Gojenie rany operacyjnej było bardzo powolnem, chory pozostawał w oddziale do dnia 17.IV i wyszedł z raną niezupełnie zagojoną.

† 30. Bartold Wincenty, lat 18.

Przybył d. 1.V, umarł d. 15.V.

*Carcinoma recti.*

b) Różne choroby.

Chorych 22, wyzdrowiało 10, niezupełnie uleczonych 10, umarło 2.

Przetok stolcowych w ciągu roku operowano cztery.

U dwóch chorych dokonano podwiązania guzów krwawnicowych, w jednym przypadku zejście było śmiertelne.

† 31. *Varices haemorrhoidales. Ligaturae.*

**XXXIV.** Rudziński Tytus, robotnik, wieku lat 54. Do szpitala przybył d. 8.I. Chorego od lat kilku trapiły guzy krwawnicowe, od roku zaś powtarzające się krwotoki, zmusiły go do zwrócenia się z prośbą o pomoc. Chory był osłabiony, lecz przy badaniu, w narządach wewnętrznych nie znaleziono żadnych szczególnych zmian. W płucach zadawniony katar oskrzeli. D. 8.II podwiązano za pomocą podwójnych jedwabnych nitki i odcięto trzy guzy.

Początkowo stan chorego był zadawalający, lecz już d. 12.II uwydatniły się objawy zapalenia prawego płuca. Chory zmarł d. 15.II. Przy otwarciu zwłok znaleziono zapalenie niemal całego prawego płuca.

† 32. Lipiński Władysław, lat 15.

Przybył d. 20.VI, umarł d. 7.XI.

*Caries ossium pelvis.*

## X. Kończyny górne.

Chorych 93, wyzdrowiało 33, niezupełnie uleczonych 47, umarło 3, pozostało 10.

a) Uszkodzenia.

Chorych 52, wyzdrowiało 19, niezupełnie uleczonych 24, umarł 1, pozostało 8.

Zwichnięć kości ramieniowej spostrzegaliśmy trzy, wszystkie podkrucze, u dwóch chorych zwichnięcia natychmiast były nastawione. Opis trzeciego przypadku zasługuje na bardziej szczegółową wzmiankę.

**XXXV.** *Luxatio brachii sinistri inveterata. Resectio capitis humeri.*

Kozłowski Stanisław, wyrobnik, wieku lat 21. Do szpitala przybył d. 24.XI. Chory przed dwoma miesiącami, padając z wozu, wywichnął lewe ramię. Próby nastawienia przez miejscowych felczerów były niepomyślne. Badając obecnie, znaleźliśmy główkę kości ramieniowej mocno wklinoowaną poniżej wyrostka kruczego łopatki. D. 25.XI po zachloroformowaniu chorego, pomimo najusilniejszych naszych zabiegów, próby nastawienia nie doprowadziły do zamierzonego celu. Główka pozostała stałe na miejscu. Dnia 4.XII wykonaliśmy wypiłowanie główki kości ramieniowej cięciem w okolicy przednio-górnej. Główkę znaleźliśmy ze wszech stron mocno przyrośniętą w nowowytworzonej jamie i wydobyć jej było dosyć mozolnem. Dnia 10.XII przy zmianie opatrunku rana okazała się na całej przestrzeni zagojoną przez rychłozrost, pozostał niewielki otworek, w którym był sączek. D. 2.I 1887 r. rozpoczęto ruchy bierne, chory znosił je dobrze. Chory pozostawał do d. 15.I, wyszedł z raną zupełnie zagojoną, ruchy bierne były wprawdzie ograniczone, lecz we wszystkich kierunkach i niebolesne, za to ruchy czynne nadzwyczaj jeszcze utrudnione.

Złamań prostych, powikłanych, zmiążdżeń kości kończyn górnych leczono 28, a mianowicie: złamań obojczyka 5, szyjki kości ramieniowej 2, kości ramieniowej 5, obu kości przedramienia 1, zmiążdżeń kości przedramienia i ręki 1, kości promieniowej 3, złamań powikłanych, zmiążdżeń kości ręki i pojedynczych kości palców 11.

Uszkodzenia powyższe wymagały wykonania następujących operacji: odjęcia przedramienia 4, przyczyną uszkodzeń były: młockarnia, walcownia i dwa razy sieczkarnie; wyluszczeń dwóch palców ręki 4, przyczyną uszkodzeń były: postrzał z dubeltówki, walcownia, sztryki przy tratwach na Wiśle, sieczkarnia; wyluszczeń jednego palca 3, te ostatnie spowodowane były przez nieostrożność w drukarni, przy rozsadzaniu prochem kamieni, przy podnoszeniu kłoców drzewa. Zejścia operacyjne, z wyjątkiem jednego, były pomyślne.

† 33. *Vulnera manus sinistri. Exarticulatio digitorum medii et quarti. Tetanus.*

**XXXVI.** Pawłowski Jan, robotnik, wieku lat 45. Do szpitala przybył d. 1.II. Tryby walcowni oderwały mu dwa palce lewej ręki, średni i czwarty.

D. 9.II wyluszczone pozostałe części obu palców w stawach dłoniowych. Początkowo stan chorego był zadawalający, d. 13.II wystąpiła po raz pierwszy trudność otwierania ust, dnia zaś następnego wyraźne objawy szczękowości. Stopniowo rozwinął się w całej potęgde ciężec, przeciw któremu zalecane środki: chloral, morfina, pozostały bez skutku. Chory zakończył życie d. 22.II.

W dziale uszkodzeń należy uczynić wzmiankę o ranach powstałych przez ukąszenia. Chorych tego rodzaju spostrzegaliśmy trzech. Jeden z nich, ukąszony w palec wielki ręki przez psa, u którego wścieklizna stwierdzoną była, wysłany był na drugi dzień po przybyciu do oddziału, przez Zarząd kolei Nadwiślańskiej na kurację do Paryża, do zakładu PASTEUR'a.

Dwaj drudzy, pokąsani przez psów łańcuchowych, z niewielkimi ranami na rękach, wyszli uleczeni.

b) Zapalenia przewlekłe.

Chorych 1. wyzdrowiało 2, niezupełnie uleczonych 3, pozostał 1.

**XXXVII.** *Osteomyelitis brachii sinistri. Resectio parietalis.*

Narkiewicz Emilijan, włocianin, wieku lat 29. Do szpitala przybył d. 25.IX, do oddziału chorych wewnętrznych, z kądem dnia następnego

tranzłokowanym był do oddziału chirurgicznego. U chorego przed rokiem, bez żadnej widocznej przyczyny, wytworzył się ropień w okolicy lewej pachowej, po przecięciu którego pozostała przetoka. Powoli przylączyły się bóle, obrzmienie górnej części lewego ramienia, wskutek czego chory przybył z prośbą o pomoc. Przy badaniu chorego okazało się obrzmienie, zgrubienie górnej części lewego ramienia. Zgrubienie to dotyczyło przeważnie samej kości ramieniowej, przez przetokę w okolicy pachowej zgłębnik dochodził do obnażonej zmienionej powierzchni kostnej, chory uskarżał się na dokuczliwe bóle całego ramienia, a szczególnie połowy górnej. D. 1.X po wykonaniu głębokiego cięcia w okolicy przednio-górnej ramienia i odluszczeniu okostnej, wypiłowano osteotomem SROHL'a część ściany kostnej, długości około 10 ctm., szerokości około 4 ctm. i tym sposobem otworzono w kanale kostnym ognisko wypełnione ropą gęstą. Całą jamę oczyszczono starannie łyżeczką VOLKMANNA i przekonano się o istnieniu w ścianie tylnej otworu, łączącego się z przetoką w okolicy pachowej. Początkowo stan chorego był zadawalający. D. 10.X, po gwałtownych dreszczach, gorączce, wystąpiły objawy róży, która, posuwając się, przeszła na twarz i głowę.

Róża trwała do połowy Listopada, chory pozostawał w szpitalu do d. 31.XII, wyszedł z raną operacyjną prawie zupełnie zabliznioną, lecz dawna przetoka w okolicy pachowej pozostała niezagojoną. Operacja wykonana była z powodu wyjazdu mego na czas dłuższy, przez kol. MATLAKOWSKIEGO.

e) Nowotwory.

Chorych 1, umarł 1.

† 34. Dembkowski Wojciech, lat 31.

Przybył d. 4.I, umarł d. 25.I 1887 r.

*Osteo-sarcoma scapulae.*

d) Różne choroby.

Chorych 16, wyzdrowiało 5, niezupełnie wyleczonych 10, umarł 1.

Zasługują na wzmiankę:

XXXVIII. *Caries olecrani. Excochleatio.*

Wendorf Bronisław, oficjalista, wieku lat 46. Do szpitala przybył d. 7.I. U chorego przed rokiem, wskutek przyczyn niewiadomych, w okolicy tylnogórnej prawego przedramienia powstał ropień, który po kilku dopiero tygodniach, bez żadnej pomocy się otworzył. Pozostały przetoki, przez które ciągle sączyła się ropa. Powiększona obecnie wydzielina ropna i coraz częściej powracające miejscowe bóle zmusiły w końcu chorego do szukania pomocy lekarskiej.

Przy badaniu chorego okazało się:

W okolicy prawego wyrostka łokciowego dwie przetoki, łączące się pod skórą na przestrzeni około 2 ctm., zgłębnikiem dochodzi się do zmienionej miękkiej kości, zmiany te sięgają dosyć głęboko. Stan ogólny dobry. D. 22.I wykonano cięcie w okolicy wyrostka, łączące obie przetoki, następnie łyżeczką i dłutem usunięto zmienioną warstwę kostną. Gojenie rany operacyjnej postępowało nader powolnie, w końcu jednak chory wyszedł d. 29.III prawie zupełnie uleczony.

XXXIX. *Necrosis humeri sinistri. Sequestrotomia.*

Piotrowski Stanisław, włościanin, wieku lat 19. Do szpitala przybył d. 15.III. U chorego przed ośmiu miesiącami powstał ropień w okolicy przednio-górnej lewego ramienia, który z biegiem czasu się otworzył. Po ropiu pozostały dwie przetoki, przez które jednak zgłębnikiem niepodobna było dojść do kości. Chory początkowo nie zgadzał się na pomoc operacyjną, dopiero d. 20.IV wykonano obszerne cięcie, przechodzące przez przetokę, znajdującą się bliżej brzegu wewnętrzznego ramienia i wydobyto martwak kostny, długości około 3—4 ctm. D. 22.IV wystąpiły objawy róży, która stopniowo zajęła całe

ramię i okolice barkową. Przebieg róży był nadzwyczaj powolnym, uporczywym. Chory opuścił szpital dopiero d. 14. VI. zupełnie uleczony.

**XL.** *Hygroma olecrani sinistri. Exstirpatio.*

Zabłocki Albin szwajcar szpitala, wieku lat 30. Do oddziału przybył d. 26. XI. Po zbadaniu chorego znaleźliśmy w okolicy lewego wyrostka łokciowego torbiaka (*hygroma*), wielkości orzecha włoskiego. Guz powstał przed pięciu miesiącami i powoli się powiększał. D. 1. XI., wstrzyknęliśmy pod skórę, w okolicy guza, dwie szpryki PRAVAZ'a roztworu 2% *cocaini muriatici*, o ile jednak kokaina wpłynęła na zmniejszenie bólu podczas wycięcia guza, przesądzać trudno, chory już przedtem odznaczał się szczególną brawurą, i stanowczo twierdził, iż dla takiej operacji niewarto tylu zachodów, w końcu oświadczył, iż nie uczuł żadnego bólu. Wyszedł d. 14. XII. z raną prawie zupełnie zagojoną.

Chorych z czarną krostą (*pustula maligna*) leczono w oddziale czterech, u jednego na ręce, u dwóch na przedramieniu, u jednego zaś na ramieniu. Jeden z nich umarł z krostą na przedramieniu. Pomoc miejscowa polegała na natychmiastowym obszernem wypaleniu za pomocą przyrządu PAQUELIN'a.

† 35. Solarski Franciszek lat 60, przybył d. 10. X., umarł d. 18. X.  
*Pustula maligna antibrachii sinistri.*

## XI Kończyny dolne.

Chorych 166, wyzdrowiało 64, niezupełnie uleczonych 80, umarło 11, pozostało 11.

a) **U szk o d z e n i a.**

Chorych 60, wyzdrowiało 29, niezupełnie uleczonych 25, umarło 2, pozostało 4. Złamań kości kończyn dolnych spostrzegaliśmy 29, a mianowicie: Złamań szyjki kości udowej 2, udowej 7, zaniedbane rzepki 1, kości goleniowych 11, kości goleniowych powikłanych 4, powikłane strzałki 1, palucha 1, kości palców 2. Uszkodzenia powyższe zmusiły do wykonania następujących operacyj: u dwóch chorych odjęcie goleni, w obu razach przyczyną złamań było przypadkowe upadnięcie; u jednego wyluszczenia palucha, chory przejechany był przez wagon kolei; u dwóch wyluszczenie palca stopy, jednemu zmiądzzył palec odłam żelaza, drugiemu zaś kloc drzewa. U dwóch chorych wykonaliśmy wypiłowanie w stawie golenio-stopniowym, z których u jednego następczo odjęcie goleni. Złamania spowodowane były przez usuwający się kamień młyński, i przypadkowe wpadnięcie do kanału miejskiego.

U jednego wypiłowanie kostki zewnętrznej, przyczyną złamania była rana toporem, drążąca do stawu goleniostopowego. Niezależnie od wyżej wyszczególnionych, wykonaliśmy jeszcze wyluszczenie palucha u chorego przypadkowo rannego siekierą. Z operowanych umarł jeden. Zasługują na wzmiankę.

† 36. *Vulnus contusum cruris sinistri cum fractura fibulae. Resectio malleoli externi. Septicaemia.*

Makarewicz Juljan, wyrobnik, wieku lat 24. Do szpitala przybył d. 15. I. Chory przed kilku dniami przypadkowo zranionym był toporem w nogę, przez jednego z robotników, wspólnie z nim pracujących. Początkowo pozostawał bez żadnej pomocy, następnie zaś wezwany felczer, zeszył ranę szwem szpilkowym. Po zbadaniu chorego zauważyliśmy na lewej goleni, powyżej kostki zewnętrznej, półkolistą ranę, długości około 2 cali, drążącą do stawu, z powodu przerznięcia kostki. Po zdjęciu zanieczyszczonych trzech szpilek, ze stawu odpłynęła znaczna ilość cuchnącego posokowatego płynu, kostkę znaleźliśmy zupełnie oddzie-

loną, ruchomą. Cała kończyna dolna była mocno obrzękniętą, zaczerwienioną. Chory chwilowo nieprzytomny, z trudnością odpowiadał na pytania, ciepłota ciała około 40° C., puls 120, słowem z wybitnymi objawami ostrej posocznicy. Po należytem oczyszczeniu rany oddzieliliśmy kostkę zewnętrzną i następnie, wypilowaliśmy jeszcze około 2 cali z okostnej obnażonej strzałki. Dnia następnego zmieniono opatrunek, z powodu iż był przesiąknięty, w stanie ogólnym nie było zmiany żadnej. Chory pomimo najstaranniejszych zabiegów naszych zakończył życie d. 21. I., przy objawach ostrej posocznicy.

**XLI.** *Fractura ossium cruris sinistri supramalleolaris complicata. Resectio articulationis tibio-tarsalis.*

Karzawa August, młynarz, wieku lat 52. Do szpitala przybył d. 16. XI. Na pięć dni przed przybyciem, na kończynę chorego przypadkowo usunął się kamień młyński. Przy badaniu chorego znaleźliśmy złamanie obu kości lewej nogi nadkostkowe, około kostki wewnętrznej niewielką ranę, z której sączyła się ropa. Cały staw golenia-stopowy był mocno obrzękniętym, ciepłota ciała podniesioną. Początkowo ograniczyliśmy się na unieruchomieniu stawu i całej nogi.

D. 20. XI. około kostki zewnętrznej wytworzył się ropień. D. 22. XI. po przecięciu ropnia i po zbadaniu odłamków kostnych, zdecydowaliśmy się wykonać częściowe wypilowanie kości wchodzących w skład stawu. Kości piszczelowej wypilowano około 4—5 ctm. strzałki zaś około 6—7 ctm. Kończynę po starannem oczyszczeniu ran operacyjnych, zbliżeniu ich brzegów i zaprowadzeniu sączków, ułożono w ryniencie blaszanej VOLKMANN'a.

D. 6. XII. Z powodu zatoki ku górze i wewnątrz, wykonano głębokie cięcie, w tylnej okolicy nogi, na granicy dolnej trzeciej części i przeprowadzono sączek. Odtąd gojenie ran postępowało już bez żadnych przeszkód; d. 10. II. nałożono w celu dokładnego unieruchomienia, opatrunek gipsowy. Obecnie stan chorego jest zadawalający, rany zagojone, chory przechadza się przy pomocy kuli.

† 37. Kowalski Józef lat 20, przybył d. 6. II., zmarł d. 21. II.

*Vulnus sclopetarium femoris dextrae. Septicaemia.*

Rana postrzałowa od kuli rewolweru, która przeszła w poprzek przez części miękkie w okolicy przednio-górnej prawego uda. Początkowo przez parę tygodni pozostawał na wsi bez żadnej pomocy. Badając go d. 7. II. po przybyciu do oddziału, przy wybitnych już objawach ostrej posocznicy, znaleźliśmy liczne zatoki w kierunku przestrzeni międzymięśniowych, całe udo mocno obrzęknięte, ogólny upadek sił, tym więc sposobem i pomoc nasza okazała się o wiele już spóźnioną. Z raną postrzałową kończyny dolnej spostrzegaliśmy jeszcze drugiego chorego Tatarowa Jerzego który przybył do oddziału d. 5. VI. Chory wieku lat 12, przypadkowo rannym był kulą większego kalibru Flaubera. Kula trafiła w okolice tylną lewej stopy, w przestrzeń między 1-ą i 2-ą kością klinową i zatrzymała się w kierunku ukośnym ku przodowi pod i w przestrzeni między kośćmi śródstopowymi 1-ą i 2-ą. Wydobyć kuli bez jednoczesnego wyluszczenia obu kości klinowatych było niemożliwem, zdecydowaliśmy się więc, mając na względzie drobny kaliber kuli, pozostawić ją w ranie, która rzeczywiście w kilka tygodni zagoiła się zupełnie. Chory, o ile mi wiadomo, dotąd czuje się dobrze, używa swej kończyny jak i poprzednio, nie skarżąc się na żadne dolegliwości.

Chorych pokąsanych w kończyny dolne przez psów leczono pięciu. Zasługuje na wzmiankę Hakebeil Jan, który przybył do oddziału d. 20. VIII., a u którego pijany dorożkarz w bóje zębami omal nie wyrwał zupełnie kawała skóry i tkanek podskórnych z okolicy prawego kolana.



b) Zapalenia ostre.

Chorych 39, wyzdrowiało 21, niezupełnie uleczonych 13, umarło 3, pozostało 2.

† 38. Kuskowski Mikołaj, lat 78, przybył d. 8. I., umarł d. 14. I.

*Phlegmone pedis. Marasmus.*

† 39. Lewandowski Jan, lat 60, przybył d. 21. IV. umarł d. 24. IV.

*Phlegmone cruris. Marasmus.*

† 40. Riedel Stanisław, lat 79, przybył d. 14 IX., umarł d. 21. X.

*Phlegmone femoris. Marasmus.*

c) Zapalenia przewlekłe.

Chorych 40, wyzdrowiało 9, niezupełnie uleczonych 26, umarło 2, pozostało 3. U dwóch chorych z powodu głębokich zmian spowodowanych przez proces gruźliczy w stawach goleniostopowych, wykonaliśmy odjęcie nogi, u jednego zaś dla tejże przyczyny w stawie kolanowym, odjęcie uda. Zasługuje na bardziej szczegółową wzmiankę:

**XLII.** *Luxatio spontanea femoris sinistri. Resectio colli et partis superioris femoris.*

Kuras Teofil, mularz, wieku lat 25. Do szpitala przybył d. 31. III. Chory w przeciągu lat kilku uskarżał się na bóle w okolicy lewego stawu biodrowego, stopniowo powiększała się objętość stawu i powstał guz w okolicy pachwinowej lewej, z biegiem czasu guz otworzył się bez żadnej pomocy, przez otwór wypłynęła ogromna ilość cuchnącej ropy. Odtąd w stanie chorego datuje stopniowe powolne polepszenie. Odpływ ropy się zmniejszał, a w końcu i otwór zupełnie się zabliznił. Chory przy pomocy kija zaczął się przechadzać, co trwa już 9 miesięcy. Obecnie w pozycji gdy chory stoi na prawej kończynie, lewa znajduje się zwróconą ku zewnątrz i zgiętą w stawie biodrowym pod kątem rozwartym. Ruchów w stawie biodrowym nie ma żadnych, główka kości udowej wklonowaną jest powyżej guza kulszowego, miednica przechyloną ku lewej stronie; staw kolanowy i golenio-stopowy są wolne. cała kończyna jest o wiele cieńszą od zdrowej. Oryginalnym jest sposób chodzenia chorego, z powodu zgięcia i braku ruchów w stawie biodrowym, przechyla się co krok jakby przysiadając na chorą kończynę, tym sposobem stąpa przy pomocy małego kijka. D. 6. IV. po wykonaniu cięcia w kierunku krętarza wielkiego i starannem oddzieleniu części miękkich, przepiłowałem piłką łańcuszkową szyjkę kości udowej, w kierunku od wewnątrz ku zewnątrz, przechodząc w części i przez krętarz. Spodziewałem się, iż tym sposobem umożliwi się wyprostowanie kończyny. Przepiłowanie jednak okazało się niedostatecznym i dopiero po wypiłowaniu przeszło 2 cali górnej części kości udowej i po usunięciu ukośnie dłutem około  $\frac{1}{2}$  cala szyjki, nastąpiło dokładne wyprostowanie. Główka kości udowej wrosniętą była zupełnie w przestrzeni między dziurą owalną i guzem kulszowym i z powodu tak głębokiego jej położenia, zamiast piłki, dla skrócenia szyjki wypadło użyć dłuta. Na kończynę, po nałożeniu odpowiedniego opatrunku, zastosowano stały przyrząd wyciągowy. Gojenie rany operacyjnej było bardzo powolnem; z powodu tworzących się zatok, niewielkich ropni, wypadło, podczas pobytu chorego w oddziale, trzy razy robić dosyć głębokie cięcia, stan ogólny jednak bez przerwy był dobrym, a w końcu i rana w drugiej połowie Sierpnia zupełnie się zagoiła. Chorego, dla ułatwienia chodzenia, zaopatrzono w pomocniczy przyrząd o stalowych prętach. Z przyrządem tym mógł przechadzać się dosyć długo i swobodnie. W szpitalu pozostawał do d. 25. IX.

† 41. Garlicki Wandalin, lat 56, przybył d. 25. XII. 1885, umarł d. 19. II. *Gonitis tuberculosa. Phthisis pulmonum.*

† 42. Lewicki Józef, lat 18., przybył d. 30. VI. 1885, umarł d. 11. V. *Arthritis tuberculosa, artic. tibiotarsalis. Phthisis pulmonum.*

d) Nowotwory.

Chorych 1, wyzdrowiał 1.

**XLIII.** *Fibro-sarcoma cruris dextri. Excisio.*

Fijałkowski Zygmunt, kleryk, wieku lat 19. Do szpitala przybył d. 3. III. U chorego znaleźliśmy guz o szerokiej podstawie, wielkości kurzego jaja, na prawej gołeni powyżej kostki zewnętrznej. D. 13. IV. nowotwór wycięto.

Drobnowidz po zbadaniu wykazał budowę włókniaka z dosyć znaczną ilością wrzecionowatych komórek mięsaka. Rana operacyjna w parę tygodni zagoiła się zupełnie.

e) Różne choroby.

Chorych 26, wyzdrowiało 4, niezupełnie uleczonych 16, umarło 4, pozostało 2.

**XLIV.** *Necrosis femoris dextri. Sequestrotomia.*

Stein Samuel, Kellner, wieku lat 22. Do szpitala przybył d. 28. XII. 1885 r. Przy badaniu chorego okazało się: Objętość dolnej połowy prawego uda znacznie jest powiększoną, powiększenie to zależnem jest przeważnie od zgrubienia samej kości udowej. Od wewnątrz, prawie na granicy dolnej trzeciej części, znajduje się przetoka, przez którą zgłębnikiem dochodzi się do kości i stopniowo przez otwór w tejże wyczuwa się martwaka kostnego. Początek choroby, według słów chorego, datuje od lat czterech, chory z wyjątkiem osłabienia, na nie się nie uskarża. D. 13. II., po wykonaniu uprzednio cięcia części miękkich, i powiększeniu otworu w kości zapomocą świdra i dłuta, wydobyto martwaka kostnego, długości około 7 ctm.. Jamę w kości starannie wyskrobano i oczyszczono. Gojenie postępowało nader powolnie, chory pozostawał w oddziale do d. 10. VI. i wyszedł z raną niezupełnie jeszcze zagojoną, pozostała niewielka przetoka, z której ciągle sączyła się ropa.

**XLV.** *Necrosis tibiae sinistrae. Sequestrotomia.*

Kalicki Tomasz, włościanin, wieku lat 16. Do szpitala przybył d. 12. V. Chory, po przebytem przed rokiem ostrem zapaleniu szpiku kostnego lewej kości piszczelowej, pozostawał dotąd zawsze bez żadnej opieki lekarskiej. Obecnie dwie trzecie dolne okolicy przedniej gołeni stanowią jedno owrzodzenie, o brzegach bliznowatych, w niektórych miejscach mocno przyrośniętych do nowo wytworzonej tkanki kostnej. Połowa dolna kości piszczelowej zmartwiała, odzielona zupełnie od końca stawowego, sterczy na zewnątrz, od góry jest ona nieco tylko ruchomą, przylega bowiem ściśle do brzegów otworu jamy w nowo wytworzonej kości. Objętość stawu gołenio-stopowego jest nieco powiększoną, lecz ruchy w stawie prawidłowe. Chory osłabiony, wygląd kończyny, z powodu zaniedbania, zanieczyszczenia, cuchnącej ropy, jest odrażający. D. 18. V., wykonano operację, dla wydobycia zmartwiałej kości piszczelowej, wypadło powiększyć otwór w nowo wytworzonej kości, za pomocą dłuta, w kierunku ku górze na przestrzeni około 5—6 ctm., pozostałą jamę oczyszczono dokładnie ostrą łyżką i wypełniono gazą jodoformową. Gojenie rany operacyjnej postępowało pomyślnie, d. 3. VI. wydzielili się jeszcze niewielki martwak kostny. Chory wyszedł na żądanie rodziców d. 20. VII., z raną wprawdzie niezupełnie zagojoną, lecz w stanie zadawalającym.

**XLVI.** *Aneurysma traumaticum arteriae tibialis posticae. Ligatura arteriae tibialis posticae.*

Korc Wawrzyniec, wyrobnik, wieku lat 26. Do szpitala przybył d. 3. IX. Na dwa tygodnie przed wejściem, chory w bójece zranionym był w kończynę dolną prawą, powyżej kostki wewnętrznej, dużym kułem szklanym, który rozbił się w kawałki. Z rany krwotok był gwałtowny, po wstrzymaniu go przez ucisk i bandaż, chory pozostawał bez żadnej pomocy lekarskiej. Po zbadaniu znaleźliśmy na prawej gołeni powyżej kostki wewnętrznej, w okolicy przebiegu tętni-

cy puszczelowej tylnej, guz wielkości orzecha włoskiego, wyraźnie tętniący, przy ucisku nieco bolesny, na skórze pokrywającej guz niewielką bliznę. w pośrodku której, otworek, z którego od czasu do czasu sączyła się krew. D. 5. IX. po wykonaniu cięcia skóry i tkanek podskórnych na guzie i poza granicą guza w kierunku tętnicy puszczelowej tylnej, podwiązaliśmy tętnicę powyżej i poniżej guza, następnie dopiero usunęliśmy zupełnie skrzepy krwi, z powodu jednak znacznego krwawienia z powierzchni jamy guz otaczającej, zmuszeni byliśmy podwiązać jeszcze kilka mniejszych naczyń. Brzegi rany zbliżono za pomocą szwów i nałożono opatrunek nieco uciskający. Chory pozostawał w oddziale do d. 15. IX, wyszedł z raną niezupełnie zagojoną.

Chorych z odmrożeniem dolnych kończyn, pomimo dosyć ostrej zimy, spozstrzegaliśmy tylko czterech, z liczby tych dwóch przybyło umierających i z tego powodu o żadnej pomocy mowy być nie mogło, trzeci po odmrożeniu obu stóp nie zgodził się na wskazaną operację, czwarty zaś z powierzchownem odmrożeniem palców wyszedł uleczony.

† 43. Siekierski Antoni, lat 60, przybył d. 5. XII., umarł d. 6. II.

*Gangraena senilis digitorum pedis.*

† 44. Poliński Edward, lat 40, przybył d. 27. III., umarł d. 31. III.

*Pernio digitorum pedis. Agonia.*

† 45. Pawłowski Józef, lat 48, przybył d. 30. VIII., umarł 10. IX.

*Erysipelas gangraenosum extremitatis superioris atque inferioris*

† 46. Skrzeczkowski Stanisław, lat 80, przybył d. 16. XI., umarł d. 17. XI.

*Ulcus cruris. Congelatio pedum. Agonisans.*

## XII. Różne okolice ciała.

Chorych 49, wyzdrowiało 14, niezupełnie uleczonych 16, umarło 18, pozostał 1. W dziale tym zamieszczeni są chorzy, którzy z powodu uszkodzeń, oparzeń, odleżyn i wielu innych chorób, zajmujących jednocześnie różne okolice ciała, nie mogli być wliczeni do działów poprzednich.

### a) Uszkodzenia.

Chorych 25, wyzdrowiało 10, niezupełnie uleczonych 11, umarło 3, pozostał 1.

Chorych po oparzeniach różnych okolic ciała leczono w oddziale 14, z liczby tych umarł 1, u którego nasyczone naftą i przyypadkowe zapalone ubranie, oparzyło większą część powierzchni całego ciała. W dwóch przypadkach, głębokie oparzenia spowodowane były przez roztopione w fabrykach żelazo, w pozostałych zaś przez wrzącą wodę, naftę, terpentynę i t. p.

† 47. Sawicki Józef, lat 25, przybył i umarł d. 31. III.

Zgnieciony buforami na kolei. *Agonia.*

† 48. Lentke Jan, lat 53, przybył i umarł d. 29. VI.

Prawe przedramię z powodu złamania kości w opatrunku gipsowym. *Agonia.*

† 49. Ponte Jan, lat 26, przybył d. 11. XI., umarł d. 29. XI.

*Ambustura faciei, pectoris, extremitatum.*

### b) Zapalenia ostre.

Chorych 4, wyzdrowiało 1, niezupełnie uleczonych 2, umarł 1.

† 50. Festynski Aleksy, lat 57, przybył d. 2. VI., umarł d. 19. VI.

*Anthrax dorsi. Pyaemia.*

### c) Różne choroby.

Chorych 20, wyzdrowiało 3, niezupełnie uleczonych 3, umarło 14.

† 51. Kobierzycki Józef, lat 76, przybył d. 16. XI., umarł d. 6. III.

*Marasmus. Ulcera crurum.*

- † 52. Zarzycki Jan, lat 22, przybył d. 11. XII., umarł d. 27. I.  
*Decubitus, Meningitis, Pneumonia, Parotitis.* Tranzlokowany z oddziału chorych wewnętrznych.
- † 53. Wojcicki Antoni lat 27, przybył d. 8. II., umarł d. 9. II.  
*Agonia, Decubitus scapulae.* Tranzlokowany z oddziału chorych wewnętrznych.
- † 54. Szałowski Jan, lat 56, przybył d. 31. I., umarł d. 6. III.  
*Marasmus, Emphysema pulmonum, Abscessus.* Tranzlokowany z oddziału chorych wewnętrznych.
- † 55. Majewski Wincenty, lat 70, przybył d. 5. IV., umarł d. 11. IV.  
*Marasmus, Ulcera crurum.*
- † 56. Reich Frydrych, lat 57, przybył d. 1. V., umarł d. 6. V.  
*Tabes dorsalis, Paralysis vesicae urinariae, Decubitus.* Tranzlokowany z oddziału chorych wewnętrznych.
- † 57. Topolski Paweł, lat 68, przybył d. 7. VII., umarł d. 21. VII.  
*Marasmus, Emphysema pulmonum, Ulcera crurum.*
- † 58. Wirztowski Franciszek, lat 21, przybył d. 22. VII., umarł d. 5. XI.  
*Paraplegia, Decubitus.*
- † 59. Septowski Roman, lat 69, przybył d. 11. VIII., umarł d. 31. VIII.  
*Lymphadenitis inguinalis, Marasmus.*
- † 60. Makusiński Emilian, lat ?, przybył d. 20. IX., umarł d. 28. X.  
*Paraplegia, Decubitus.*
- † 61. Osiński Leon, lat 40, przybył d. 30. X., umarł d. 20. XI.  
*Paraplegia, Decubitus.*
- † 62. Gutkowski Franciszek, lat 52, przybył d. 17. XI., umarł d. 18. XI.  
*Agonia, Ulcera crurum.*
- † 63. Kryczmiński Walenty, lat 50, przybył d. 5. XI., umarł d. 9. XII.  
*Myelitis, Decubitus.* Tranzlokowany z oddziału chorych wewnętrznych.
- † 64. Wołowicz Roch lat 19, przybył d. 1. XII., umarł d. 30. XII.  
*Myelitis, Decubitus.* Tranzlokowany z oddziału chorych wewnętrznych.

---

Róża, w roku bieżącym była niezwykle częstym gościem w oddziale chirurgicznym mężczyzn, przebieg jej w niektórych razach był nadzwyczaj uprzedzonym, z tego więc powodu przedłużał się o wiele i pobyt chorych w szpitalu. Ze środków terapeutycznych największe korzyści widzieliśmy przy zastosowaniu 10% roztworu kwasu karbolowego w glicerynie.

W ogóle chorych z różą w ciągu roku spostrzegaliśmy 23, z liczby tych 12 przybyło już z różą do oddziału, u 8 wystąpiło jako powikłanie ran operacyjnych, u 3 zaś jako powikłanie ran ciętych lub ze stłuczenia, z powodu których chorych leczono w oddziale.

Chorych z posocznicą spostrzegaliśmy dwóch, z ropnicą dwóch, wszyscy przybyli do szpitala bez żadnej nadziei wyzdrowienia i o wszystkich podane już były, w działach odpowiednich, bardziej szczegółowe opisy.

U jednego chorego wystąpił teżec o przebiegu którego zamieszczono również szczegółową wzmiankę.

---

Szczegółowy wykaz złamań kości leczonych w oddziale 1886 r.

Wyszczególnienie złamań		Ilość ogólna	wydzrowiało	niezuple- nie ulec.	umarło
1.	Złamania kości czaszki . . . . .	7	2	1	4
2.	„ „ nosa . . . . .	1	1	—	—
3.	„ „ kręgów . . . . .	1	—	—	1
4.	„ „ żeber . . . . .	3	2	—	1
5.	„ „ obojczyka . . . . .	5	5	—	—
6.	„ „ szyjki ramieniowej . . . . .	2	2	—	—
7.	„ „ ramieniowej . . . . .	5	5	—	—
8.	„ „ przedramienia . . . . .	3	2	1	—
9.	„ „ promieniowej . . . . .	3	2	1	—
10.	„ „ powikłane kości ręki . . . . .	11	11	—	—
11.	„ „ szyjki kości udowej . . . . .	2	2	—	—
12.	„ „ kości udowej . . . . .	7	7	—	—
13.	„ „ rzepki . . . . .	1	—	1	—
14.	„ „ goleni . . . . .	11	11	—	—
15.	„ „ powikłane k. goleni . . . . .	4	4	—	—
16.	„ „ strzałki . . . . .	1	—	—	1
17.	„ „ wielkiego palca stopy . . . . .	1	1	—	—
18.	„ „ palców stopy . . . . .	2	2	—	—
razem . . . . .		69	59	3	7

U dwóch chorych z powodu zwichnień kości ramieniowej (podkrucze), wykonano natychmiastowe nastawienie, u jednego zaś z powodu zastarzałego zwichnienia, wypiłowań główki kości ramieniowej.

Szczegółowy wykaz operacyj wykonanych w oddziale w 1886 roku.

Wyszczególnienie operacyj.		Ilość o- ogólna	wydzrow- wiało	umar- ło.
1.	Warga zajęcza . . . . .	1	1	—
2.	Wycięcie nowotworu czoła . . . . .	1	1	—
3.	„ „ „ gałki ocznej . . . . .	1	1	—
4.	„ „ „ nosa ( <i>Rhinoplastica partialis</i> ) . . . . .	1	1	—
5.	Wyskrobań nosa . . . . .	1	1	—
6.	Wycięcie nowotworu wargi dolnej ( <i>Cheiloplastica</i> ) . . . . .	9	9	—
7.	Wycięcie torbiela skórzanego szyi . . . . .	1	1	—
8.	Wycięcie guza rakow. szyi . . . . .	1	—	1
9.	„ „ nowotworu sutki . . . . .	1	1	—
10.	„ „ guza rakow. klatki piersiowej z wypi- łowaniem 4 żeber . . . . .	1	1	—
11.	„ „ gruczolów pachwinowych . . . . .	6	6	—
12.	Odjęcie prącia . . . . .	1	1	—
13.	Wycięcie nowotworu odbytnicy . . . . .	1	1	—
14.	„ „ „ goleni . . . . .	1	1	—
15.	Przecięcie tchawicy . . . . .	1	1	—
16.	Przecięcie klatki piersiowej z wypiłowaniem żeber . . . . .	3	2	1
17.	Operacja przepukliny uwięzionej . . . . .	3	2	1
18.	Przecięcie ropnia okątnicowego . . . . .	1	1	—
19.	Rozcięcie brzucha . . . . .	1	—	1

Wyszczególnienie operacji.		Ilość o- gólna	wyzdro- wiało	umar- ło.
20.	Przecięcie przetok stolcowych . . . . .	4	4	—
21.	Podwiązanie guzów krwawnicowych . . . . .	2	1	1
22.	Przecięcie cewki moczowej wew. . . . .	4	4	—
23.	„ „ zewnątrz. . . . .	2	2	—
24.	Przekłucie pęcherza moczowego . . . . .	1	1	—
25.	„ wodnej puchliny jądra . . . . .	1	1	—
26.	Obrzezanie stulejki . . . . .	1	1	—
27.	Przecięcie zadzierzgnięcia żołądźci . . . . .	1	1	—
28.	Wycięcie torbiaka wyrostka łokciowego . . . . .	1	1	—
29.	„ „ kolana . . . . .	1	1	—
30.	Podwiązanie tętnicy piszczelowej tylnej . . . . .	1	1	—
31.	„ „ „ szyjowej wspólnej . . . . .	1	1	—
32.	Wyluszczenie palca ręki . . . . .	5	5	—
33.	„ „ dwóch lub więcej . . . . .	4	3	1
34.	Odjęcie przedramienia . . . . .	4	4	—
35.	Wyluszczenie palca stopy . . . . .	2	2	—
36.	„ palucha stopy . . . . .	3	3	—
37.	„ „ z k. śródstopową . . . . .	1	1	—
38.	„ „ trzech palców stopy . . . . .	1	1	—
39.	Odjęcie goleni . . . . .	4	4	—
40.	„ „ goleni po wypil. stawu golenio-stopowego. . . . .	1	1	—
41.	„ „ uda . . . . .	1	1	—
42.	Wiercenie kości czaszki . . . . .	2	2	—
43.	<i>Sequestrotomia</i> kości nosa . . . . .	1	1	—
44.	„ szczęki górnej . . . . .	1	1	—
45.	„ wyrostka łokciowego . . . . .	1	1	—
46.	„ kości ramieniowej . . . . .	1	1	—
47.	„ kości piszczelowej . . . . .	1	1	—
48.	„ kości udowej . . . . .	1	1	—
49.	Wypilowanie części kości ramieniowej . . . . .	1	1	—
50.	„ „ główki kości ramienia . . . . .	1	1	—
51.	„ „ częściowe kos. udowej . . . . .	1	1	—
52.	„ „ strzałki . . . . .	1	—	1
53.	„ „ stawu goleniostopowego . . . . .	1	1	—
54.	„ „ k. klinowej 1-ej . . . . .	1	1	—
razem . . . . .		96	89	7

U czterech chorych wykonano po dwie operacje, a mianowicie: operacja przepukliny uwięzionej i przecięcie cewki moczowej wewnętrzne; przekłucie pęcherza moczowego i przecięcie cewki moczowej wewnętrzne; wypilowanie stawu golenio-stopowego i następcze odjęcie goleni; w końcu wyluszczenie palucha, następnie zaś kości stopowej. Tym więc sposobem na 96 operowanych, wykonano 100 operacyj. Odsetka śmiertelności po operacjach wynosi około 7%.

Wykazane pod N. 9, wycięcie nowotworu sutki (*fibro-adenoma cysticum*) i pod N. 29, wycięcie torbiaka kolana wykonane były w infirmaryi sióstr miłosierdzia.

## TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE.

Posiedzenie kliniczne d. 7 Czerwca r. b. zaszczycone było obecnością prof. J. MAJERA, prezesa Akademii Umiejętności w Krakowie, który przybył na nie w towarzystwie D-ra GRABOWSKIEGO, docenta higieny w Wszechnicy Jagiellońskiej. Gości witali przemówieniami koledzy GEPNER, SZOKALSKI i FABIAN.

Potem kol. GOLDFLAM okazał chorą, 42-letnią pannę, która przed 15 laty po upadku na kamienie, zmuszoną była przeleżyć kilka tygodni w łóżku z powodu bólu krzyża, osłabienia i zawrotów głowy. Potem jakkolwiek wstała, pracą jednak około gospodarstwa w polu już się zajmować nie mogła i przez 13 lat stan jej zdrowia wcale się nie poprawił. Przed 2 laty nastąpiło pogorszenie wszystkich objawów, od roku chora poczuła utrudnienie przy łykaniu. Przez czas pobytu w szpitalu [od końca Maja r. b.] chora nie gorączkuje, ma niewielkie przewlekłe zmiany w prawym wierzchołku płuc, lecz głównie zwraca uwagę wielką niemoc chorej, nie licująca ani ze stanem odżywiania, ani ze zmianami w narządach wewnętrznych; najmniejszy wysiłek, jak rozmowa, trochę dłuższe siedzenie, nawet badanie powoduje wielkie osłabienie, bledłość twarzy i przyspieszenie oddechu. Głównie uderzające objawy należą do sfery nerwowej; chód jest zmieniony i ma wszystkie cechy chodu kurczowego; siła ruchów czynnych osłabiona, przy ruchach biernych napotyka się na znaczny opór, odruchy kolanowe znacznie wzmoczone, łatwo wywołać się daje długotrwały odruch stopowy. Czucie nie zmienione, zaburzeń czynnościowych pęcherza i kiszki stolecowej nie ma; moc prawidłowy. W górnych kończynach też same objawy niedowładu kurczowego ze wzmoczeniem odruchów ścięgniastych, z większym niż na dolnych upośledzeniem kończyny lewej. W twarzy asymetryja, prawa fałda noso-wargowa jest głębszą, niż lewa; przy ruchu gałek ocznych drżenie (*nystagmus*). Żrenice, umiarkowanie wąskie, oddziałują na światło, zbieżność i współczulność. Oftalmoskop zmian żadnych nie wykazał. Połykanie w klinice się poprawiło. Badanie krtani wykazało: porażenie prawej połowy krtani; czucie w krtani zachowane. Prawa połowa języka w stanie zaniku, mniejsza, pomarszczona, wiotka, drżąca. Oddziaływanie mięśni i nerwu podjęzykowego na strumień ilościowo zmniejszone; język na dnie jamy ustnej kieruje się na lewo, wysunięty zaś na prawo.

W przypadku tym cierpienie obwodowe stanowczo daje się wykluczyć na zasadzie braku bólów kończyn i porażenia zanikowego, istnienia zwiększonych odruchów ścięgniastych, całego postępującego przebiegu i t. d. Wszystkie natomiast objawy, zwłaszcza zawroty głowy, objawy opuszkowe, większe zajęcie lewej połowy ciała, przemawiają za cierpieniem ośrodkowym. Rozpoznanie może się tu wahać między stwardnieniem bocznych pęczków zanikowym (*sclérose latérale amyotrophique*) i rozsianem stwardnieniem mózgodzeniowym (*sclérose en plaques*). Kliniczne objawy, które chora przedstawia, mogą być spostrzegane tak w jednym jak i drugim cierpieniu. Za pierwszym przemawia wiek chorej, przeciwko zaś—długie trwanie cierpienia, brak zaniku mięśni kończyn górnych, *nystagmus*. Kol. G. przychyła się do przyjęcia tego drugiego cierpienia, bo chociaż chora ma obecnie lat 42, lecz początek choroby był znacznie wcześniejszy. Drżenie palców, klasyczne dla typowych przypadków rozsianego stwardnienia, jest objawem, którego bardzo często brak; toż samo odnosi się do skandowanej mowy. Za *sclérose en plaques* przemawiają ciągle zawroty głowy i *nystagmus*, który semiotycznie ma może większe znaczenie aniżeli drżenie dowolne, tak często w innych chorobach napotykanie. Co do połowiczności objawów opuszkowych, mianowicie porażenia krtani i zaniku języka, to dowodzi ona tylko, że ogniska stwardnień istnieją po jednej stronie linii środkowej, na dnie IV komórki.

Po krótkiej dyskusji, w której przyjęli udział kol. KOSIŃSKI, BRODOWSKI, DUNIN i GOLDFLAM, zabrał głos kol. MATLAKOWSKI, który mówił obszernie o rzadkim przypadku tętniaka urazowego tętnicy szyjowej prawej, operowanym według metody SYME'a.

Spostrzeżenie to w całości drukowanem będzie w naszym piśmie.

## WYSTAWA HYGIENICZNA.

### III.

#### Oddział statystyczny.

Skład komitetu. Przewodniczący: Bolesław DANIELEWICZ.  
Członkowie: prof. ZAŁĘSKI, CIEMNIEWSKI, POLAK.

Brak racjonalnie i zasobnie urządzonych biur statystycznych w naszym kraju stał się powodem, że komitet statystyczny Warszawskiej wystawy higienicznej nie mógł się ze swego zadania wywiązać tak, jak tego pragnął i dla tego też oddział ten przedstawia się bardzo skromnie, chociaż i to, co jest, stanowi przedmiot tak ciekawy i pouczający, że radzimy każdemu myślącemu człowiekowi poświęcić chwilkę czasu na uważne rozpatrzenie się w tym wielkim zbiorze.

Przedmiot cały da się rozdzielić na cztery typowe części: na statystykę w zwyczajnem tego słowa znaczeniu, t. j. podającą liczebne stosunki położenia naszej ludności, głównie pod względem zdrowotnym; na meteorologję; na zestawienie panujących chorób z czynnikami meteorologicznymi i na zestawienie pojawiających się chorób z topografią danej miejscowości; każda z tych części jest na wystawie przedstawiana w formie graficznego obrazu, który to sposób — bardzo słusznie — uznał komitet za najodpowiedniejszy dla szerszego ogółu zwiedzających.

Obrazów takich jest 15-cie; rozdzieliły je na powyżej rozróżnione cztery grupy, stawiając na początku numer katalogowe (str. 73 i 74).

Grupę pierwszą wypełnili pp.: B. DANIELEWICZ 5-ć tablic, Dr. MERUNOWICZ z Galicji i N. CYDZIK — po jednej, razem siedm. P. DANIELEWICZA tablice przedstawiają:

Nr. 1. „Ludność m. Warszawy w obrazach graficznych“. Jestto odbitka ze „Zdrowia“, w której autor, oparłszy się na odbyty 1882 roku spisie jednoludniowym i datach podanych w sprawozdaniu o ruchu ludności za r. 1882, podaje wszelkie stosunki ludnościowe w naszym mieście pod względem zaludnienia izb, pod względem płci, narodowości, wyznań, wieku, wykształcenia zajęć, stosunków małżeńskich, urodzeń i zejść. W szczegóły wchodzić tu nie będziemy, praca ta bowiem była drukowaną najprzód, jak to już wzmiankowaliśmy, w „Zdrowiu“ (Nr. 16, 17, 18 i 19), a nadto wyszła w oddzielnej odbitce, łatwo więc każdy zaopatrzyć się w nią może.

Nr. 2. „Śmiertelność mieszkańców miasta Warszawy w 1886 r.“ przedstawia graficznie dział śmiertelności sprawozdania rocznego o ruchu ludności za pomieniony rok, z rozdzieleniem zmarłych na wiek, cyrkule, miesiące i rodzaje chorób. Najwięcej naturalnie umarło dzieci, bo na 100 zmarłych przypada dzieci: w wieku od 0 do 6-ciu miesięcy — przeszło 26, od 6 miesięcy do 1-go roku przeszło 10, od 1-go roku do 2-ch lat przeszło 12, od 2-ch do 5-ciu lat prawie 9. Największą śmiertelnością odznaczyła się Praga — 36 na 1000 mieszkańców; najmniejszą cyrkule II/III, IV, VII i X — około 23 na 1000 ludności. Pomiędzy miesięcznymi zejściami nie ma zbyt wybitnych różnic, pod-



czas bowiem gdy największa śmiertelność w Marcu wynosiła na 100 w ogóle zmarłych prawie 9 — najmniejsza w Listopadzie, stanowi przeszło 7-m. Najwięcej zmarło osób na katar kiszki i żołądka, mianowicie z 1000 w ogóle zmarłych przypada na pomienne choroby 94 mężczyzn i 78 kobiet, t. j. razem 172 osób, czyli więcej niż 1/6 wszystkich; następnie idzie zapalenie płuc: 77 mężczyzn i 63 kobiet; później suchoty: 69 mężczyzn i 52 kobiety; zapalenie opon mózgowych: 36 mężczyzn i 28 kobiet; katar oskrzeli: 29 mężczyzn i 26 kobiet i t. d. Wszystkich przyczyn śmierci rozróżniono 61.

Nr. 4. „Tablica wykazująca stosunki przeciętnej śmiertelności mieszkańców miasta Warszawy wskutek trzech najgroźniejszych chorób zakaźnych“. Do tych trzech chorób zaliczono: 1) płonicę (*scarlatina*), 2) błonicę (*diphtheritis*) z krupem (*croup*) i 3) tyfus. Przeciętne zejść wzięto ze sprawozdań rocznych o ruchu ludności za r. 1885 i 1886 w stosunku do ludności z d. 1 stycznia 1886 r., z podziałem na cyrkule. Według tej tablicy najmniejsza śmiertelność z powodu płonicy miała miejsce w cyrkulach: I/XI, II/III, IV, V/VI i XII [od 4 do 6 na 10000 mieszkańców], największa w VIII, IX i X [od 10 do 12 na 10000 mieszkańców]. Na błonicę i dławicę najmniejsza w I/XI, II/III, IX i X [od 8 do 10 na 10000 mieszkańców], największa na Pradze, blisko 21 na 10000 mieszkańców. Na tyfus najmniejsza w cyrkulach: II/III i IV [od 4 do 6 na 10000 mieszkańców], największa w V/VI [przeszło 9 na 10000 mieszkańców].

Nr. 6. „Śmiertelność w szpitalach Warszawskich“. Rzecz zaczerpnięta z rocznych sprawozdań Warszawskiej Rady Miejskiej Dobroczyńności publicznej za lata od 1879 do 1885 włącznie. W szpitalach ogólnych ze 100 chorych umarło najwięcej w 1884 r., bo 13,5; najmniej w 1879 r. — 12 na 100 chorych. W szpitalach specjalnych najwięcej w 1879 r. [5,8 na 100 chorych], najmniej w 1875 r. [2,9 na 100 chorych]: w ogóle śmiertelność w szpitalach specjalnych stała się zmniejsza od 5,8 do 2,9. Pod względem chorób najczęściej umiera na gruźlicę [47 na 1000 chorych], na uwiąd starczy i zgorzel [36], na chorobę BRIGHA i inne cierpienia nerek [33], na zapalenie mózgu i opon mózgowych [30] i t. d.

Nr. 12. „Urodzenia i śmiertelność w gubernijach królestwa Polskiego za r. 1883“. Materyjał wzięty z „Więstnika sudebnej medycyny“ [tom IV — 1886 r.] Najpłodniejszymi okazały się gub. Radomska i Płocka [od 42 do 44 urodzeń na 1000 mieszkańców], najmniej płodnymi: Suwalska, Siedlecka i Kaliska [od 34 do 36 na 1000 mieszkańców]. Największą śmiertelność posiadała gub. Płocka [przeszło 26 na 1000 mieszkańców], najmniejszą: Suwalska i Kaliska [od 22 do 23 na 1000 mieszkańców]. Największa przewyżka urodzeń nad zejściami miała miejsce w gub. Radomskiej [około 18 na 1000 mieszkańców], najmniejsza w Siedleckiej [blisko 10 na 1000 mieszkańców]. [D. n.]

---

#### NADEŚLANO DO REDAKCYI:

ВЕС. Морфология osteogeneza. Kiew. 1887.

БУЖИД. О бактериях. Warszawa. 1887.

PACANOWSKI. O stałym braku kwasu solnego w soku żołądkowym i zaniku błony śluzowej żołądka. [Odb. z Medycyny. 1887].

---

Do dzisiejszego N-ru Gazety Lekarskiej dołącza się bezpłatnie dla prenumeratorów prowincjonalnych ogłoszenie Apteki W-go p. MUTNIAŃSKIEGO.

Wydawca D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny D-r Wł. Gajkiewicz.

Доволено Цензурою. Варшава. 18 Іюня 1887 г.

Друк К. Ковалевського. Крólewska. № 29.

**D-r JAWORSKI**

docent Uniwersytetu Jagiel. ordynować będzie w **Karlsbadzie**  
 począwszy od 19 Czerwca b. r. Mieszkanie: Willa **Weilburg**, Gartenzeile nad Parkiem. 3—3

**D-r Andrzej Lorentski**

jak lat poprzednich, ordynuje w bieżącym sezonie  
 w **Krynicy**. 3—3

**Docent D-r A. MARS**

ordynować będzie począwszy od 15-go Czerwca b. r.  
 w **Krynicy**. 5—4

**Docent D-r St. Smoleński**

ordynuje jak dawniej  
 w **Jaworzu** na Szlaku austryjackim. 6—5

**Dr. Kazimierz Zgórski**

ordynuje w tegorocznym sezonie jako lekarz zakładowy w Żegiestowie. 5—5

**Dr. Walery Bujakowski**

stale praktykuje w Druskienikach 5—5

**Dr. Stanisław Prager**

ordynuje jak dawniej w lecie w **Marienbadzie** w zimie w **Meranie**. 6—6

**BUSKO. Dr. Majkowski**

lekarz zakładowy ordynuje od 19 Maja z rana w gabinecie lekarskim zakładu kąpielowego,  
 po południu w domu własnym w miasteczku. 12—8

**Dr. St. Bulikowski**

ordynuje w tym roku podczas sezonu tak jak lat minionych w **Gleichenbergu** 8—5

**BUSKO**

**Dr. DYMNIKI**, lekarz zdrojowy, stale w Busku zamieszkały, ordynuje w domu  
 własnym od 10 do 1 i od 4 do 7. 6—6

**D-r Jan Rosner**

b. asystent kliniki położn. ginek. Uniw. Jag. i lekarz szpitala powsz. w Krakowie  
 ordynować będzie podczas sezonu tegorocznego we **Francensbadzie** (**Goldener Stern**) 10—8

**D-r Karol Dębicki**

ordynuje jak lat poprzednich 6 6  
 w **Francensbadzie**, Parkstrasse, Villa „Prince of Wales“.

**D-r Tomasz Zaremba**

b lekarz szpitala powszechnego w Krakowie ordynować będzie podczas sezonu kąpielowego  
 w **SZCZAWNICY**  
 Dom W-go Radey D-ra Trembeckiego. 10—8

# STACYJA KLIMATYCZNA ZAKOPANE.

Z dniem 1 Czerwca r. b. otworzyłem w Zakopanem na Chramcówkach

## ZAKŁAD WODOLECZNICZY.

Prospekty przesyłam na żądanie

### D-r CHRAMIEC

Lekarz Stacji Klimatycznej, Właściciel i Kierownik Zakładu.

3—3

SZCZAWA ALKALICZNA LITYNOWA NIEZAWIERAJĄCA ŻELAZA

# Salvator

wypróbowana przy chorobach nerek i pęcherza, przy dyjatezie kwasu moczowego, przy cierpieniach nieżytowych dróg oddechowych i narządów trawienia.

Dostać można we wszystkich aptekach i składach wód mineralnych.

20—14

*Dyrekcja źródeł Salvator. Eperies (Węgry).*

## ZAKŁAD ZDROJOWO-KĄPIELOWY

### TRUSKAWIEC

We Wschodniej Galicyi.

(Stacja pocztowa i telegraficzna).

Otwarcie kąpielowca dnia 26 Maja, zamknięcie 15 Wześnia.

W pobliżu stacji kolei naddniestrzańskiej „Drohobycz“ posiada: źródło solankowe, należące według zeszłorocznej analizy Profesora Radziszewskiego do najsilniejszych i zupełnie do wody morskiej podobny a nadto 8 razy silniejszy, wyborną żelazistą borowinę, sól glauberską i źródło moczopędny „naftowym“ zwany, żętyca i mleko; kuracja za pomocą massage i elektryczności.

**Choroby, których leczenie w Truskawcu wskazane:** Przewlekły gościec i dna; przewlekłe choroby przewodu pokarmowego, macicy, skóry, kości, ustroju nerwowego nerwobóle, zolzy, otyłość, wypociny, piasek nerkowy, nieżyt pęcherza i t. d.

Nowe łaźienki, mieszkania z usługą piękne, wygodnie urządzone i w piecu zaopatrzone. Kaplica łacińska i cerkiew. Kilka restauracyj, cukiernia, czytelnia, dobra kapela. Położenie zdrowe, podgórskie, liczne cieniste spacerki i wycieczki w okolicy. Apteka i skład wód mineralnych w miejscu. W pierwszym i ostatnim sezonie pomieszkania w domach zakładowych o 30% tańsze.

W roku bieżącym ordynować będzie w Truskawcu: Dr. Aureli Plech c. k. Radca z Jarosławia.

5—5

Zarząd Zdrojowy.

# APTEKA J RUTKOWSKIEGO

dawniej E. Wernera w Warszawie, Długa № 16

poleca

## Ekstrakt słodowy do Zupy Liebiga dla dzieci

Łyżeczka kawiana tego ekstraktu rozpuszczona w filiżance ciepłego niezbiernego mleka stanowi t. zw. **Zupę Liebiga** — znakomity środek odżywczy, przewyższający swojemi własnościami inne znane sztuczne pokarmy, zalecany przez wielu lekarzy jako pokarm dla *niemowląt i dzieci osłabionych* długotrwałą chorobą.

**Wina lecznicze** — Nowe środki lekarskie.

**Barwniki D-ra G. Grüblera z Lipska** oraz wszelkie chemikalja używane przy badaniach mikroskopowych. 0—8

## Dr. Mieczysław Kittel

praktykuje jak zwykle od 10-go Maja w Franzensbadzie,

(Podczas sezonu zimowego w Meranie).

10—8

## Dr. Adam Sołowij

(lekarz chorób kobiecych)

ordynuje podczas sezonu kąpielowego w **Franzensbadzie**

„Englischer Hof“ — Kulmerstrasse.

12—10

## KAPIELE JODOWO-SOLANKOWE

# BAD HALL

Górna Austryja.

Najsilniejsza solanka jodowa na kontynencie. Pomyślny skutek leczniczy we wszelkich cierpieniach skrofulicznych, niemniej i dolegliwościach organów moczowo-płciowych oraz ich skutkach. Wyborowe urządzenia kąpielowe (kuracyja wodami i kąpielami, inhalacyje, mięsienie, kefir). Szczęśliwe warunki klimatyczne, stacyja drogi żelaznej. Droga przez Linz nad Dan.

**Sezon od 15 Maja do 30 Września**

Dokładny prospekt w wielu językach wysyła

Zarząd kuracyjny BAD HALL.

5—4



## Fabryka wód mineralnych

Magistra Farmacji

# W. KARPIŃSKIEGO

W WARSZAWIE

ulica Mirowska Nr. 3.

Główny skład fabryczny przy aptece

ulica Elektoralna Nr. 39.

Ekspedycja na wszystkie dworce kolejowe. Cenniki gratis i franco.—Numer telefonu 412.

16—11

**W. Karpiński.**