

GAZETA LEKARSKA.

Treść. I. Wł. MATLAKOWSKI. Kilka uwag o zmianach, zachodzących w jelicie zaciśniętem w przepuklinach uwieczonych [Dokończenie]. — II. Wł. ORŁOWSKI. Sprawozdanie z oddziału chirurgicznego mężczyzn w szpitalu Dzieciątka Jezus z 1885 r. [Dokończenie]. — Wiadomości bieżące. — Do Pp. Prenumeratorów. — Ogłoszenia.

I. KILKA UWAG O ZMIANACH, ZACHODZĄCYCH W JELICIE ZACIŚNIĘTEM W PRZEPUKLINACH UWIEŻZIONYCH.

Podług odczytu mianego w Warszawskim Towarzystwie Lekarskiem.

Podał

Władysław Matlakowski
ordynator szpitala Dzieciątka Jezus.

[Dokończenie. — Patrz Nr. 23].

Mimo to wszystko mogą nadarzyć się przypadki, w których z powodu braku najwybitniejszych objawów zgorzeli, pomimo całej usilności, operujący nie może rozstrzygnąć, czy kiszka już jest bezpowrotnie obumarłą. W takich razach niektórzy autorowie dają radę, za którą tylko z wielką ostrożnością pójść można, a mianowicie znajdujemy u BIRKETT'a miejsce: „*When the tissues of the herniated bowel are not perforated, but appear to be in such a morbid condition as to induce the operator to fear that the restoration to a healthy state is improbable, although just possible, the hernia may be returned if the adhesions at the neck of the sac are not strong*“ [l. c. str. 716]; to samo powtarza za nim BRYANT [str. 666], obaj zaś opierają się na ASTON'ie KEY, który utrzymywał, że jama brzuszna jest miejscem, w którym nadwerężona kiszka najprędzej może przyjąć do siebie, z drugiej zaś strony niebezpieczeństwo wylania się zawartości kiszkowej do jamy otrzewnej nie zwiększa się, jeżeli podejrzane jelito odprowadzone i umieszczone będzie około szyjki przepukliny. Również B. SCHMIDT powiada: „*Wenn die brandige Beschaffenheit des Darmes nicht völlig erwiesen ist, reponire man den Darm*“ [l. c. str. 235]. Znane są liczne spostrzeżenia, w których odprowadzano pętlice bardzo podejrzanego wyglądu, a w których mimo to nastąpiło wyzdrowienie.

Ciekawemi muszą być sprawy reparacyjne, dzięki którym kiszka powraca do prawidłowych swoich czynności; sprawy te jednak pozostają we wszystkich przypadkach ukończonych wyzdrowieniem zakryte przed naszymi środkami postrzegania. Co najwyżej domyślać się ich możemy z zaburzeń w przebiegu po operacji, z bólów, z zakłuceń w cyrkulacji zawartości kiszkowej, z odczynu gorączkowego. Te zaś przypadki, które kończą się śmiercią, nie dostarczają danych do odtworzenia sobie spraw reparacyjnych, z powodu że zmiany z ostatnich dni lub godzin przed skonem chorego i zmiany trupie, po śmierci aż do sekcji, szybko następują i zakrywają delikatniejsze zmiany reparacyjne. Badania KOCHER'a, przedsięwzięte w innym celu, rzucają na ten punkt niedostateczne światło. Spostrzeżenia kliniczne pouczają, że w wielu razach, gdzie zmiany w kiszce odprowadzonej były tak daleko posunięte, iż budziły obawę zgorzeli, następuje całkowite wyzdrowienie, w innych znowu, gdzie odprowadzona kiszka wydawała się dość pewną powrotu do normy, następowało przedziurawienie jelita, prowadzące do śmiertelnego zapalenia otrzewnej, lub przetoki kałowej. W pierwszej kategorii przypadków niezawsze wnioskować mamy, że kiszka powróciła całkowicie do prawidłowego stanu; spostrzeżenia kliniczne i doświadczenia SCHWENINGER'a ^Δ) wykazują, że gdzie zaburzenia były dalej posunięte, powstaje stałe zwężenie światła kiszki z powodu blizn na miejscu obszernych owrzodzeń i utrat substancji w błonie śluzowej. Czasami w obrębie brzozy zaciśnięcia *mucosa* i *muscularis* nie istnieją wcale, a ich miejsce zastępuje obrączka młodej tkanki łącznej, która przy dalszym rozwoju daje w elastycznej kiszce obrączkę włóknistą bez porównania mniej rozciągliwą od sąsiednich ścianek jelita. W innych przypadkach powstaje zwężenie w ten sposób, że rozdęte ścianki po obu stronach rowka strangulacyjnego, stykając się ze sobą, zrastają się, tworząc sierpowate, lub pierścieniowate zwężenie światła jelita. W innych przypadkach ścianka kiszki przepada na całej grubości, a do przedziurawienia nie dochodzi jedynie dlatego, że sąsiednie powierzchnie surowicze zawczasu przyrastają do uszkodzonej kiszki i dziurę zatykają, co prowadzi do zrostów czasowych lub trwałych.

COHNHEIM wykazał, że jeżeli w kiszce jednocześnie powstrzymać przyływ i odpływ krwi na czas stosunkowo krótki, a potem zdjąć podwiązkę, to następuje zawał krwotoczny (*infarctus haemorrhagicus*), za którym idzie w pewnych razach obumarcie tkanki. Sprawa ta objaśnia do pewnego stopnia owe zagadkowe przypadki, w których po odprowadzeniu stosunkowo mało zmienionej kiszki następowała zgorzel i przedziurawienie.

Przechoǳę obecnie do opisu obu przypadków, które mi dały sposobność spostrzegania zmian odnośnych w jelicie.

Spostrzeżenie I. Warot Konstancyja, 45 lat, żona wyrobnika z Warszawy, przybyła do mojego oddziału w nocy 23. II. 1886; chora opowiada, że 3 dni temu wieczorem upadła na kupę lodu i zaraz w pachwinie ukazał się guz, którego „nigdy“ przedtem nie miała; jednocześnie dostała silnych boleści i ściskania w brzuchu w okolicy pępkowej, wkrótce przyszły wy nioty i odbija-

^Δ) Niedostępne były dla mnie w oryginale, streszczenie zaś pomieszczone w *Virchow und Hirsch, Jahresbericht*. 1873 nie zawiera nic oprócz informacji.

nie; od 3 dni nie było wypróżnień. Stan obecny. Chora średniego wzrostu, miernego odżywiania; turgescencyja twarzy; kończyny i nos ciepłe. Ciepłota 36°C., oddech 36. Brzuch średniej wielkości, miękki; przez cienką ściankę brzuszną rysują się wyraźne pętlice jelit, widocznie kurczące się, co chora odczuwa w postaci „ściiskającego” bólu; ruchy te kiszki pojawiają się peryjodycznie. W prawej pachwinie guz wielkości jaja gęsiego; skóra na nim przesuwalna, z niewyraźnymi plamami sinemi, choć nikt nie próbował odprowadzić.

24 II. chora została zachloroformowaną, poczem poprowadziłem cięcie równoległe do *lig. Poupartii*; po przecięciu powięzi napotkałem worek, napęczniały brudno krwistym płynem, uważając takowy za worek przepuklinowy, otworzyłem go; wewnętrzną jego powierzchnia okazała się gładką, lśniącą, jak błony surowicze, usianą licznymi wynaczynieniami; lecz widać było, że listek ścienny tego worka nie dochodził do szyjki guza, nawet nie dosięgał równika jego, jakby to być powinno z workiem przepuklinowym; poprowadziłem przeto cięcie w listku trzewowym tego ślepego worka i wtedy dopiero otworzyłem jamę *sacci herniosi*, w którym leżało jelito ściśle przylegające do ściany worka, nieodgrozdzone choćby najcieńszą warstewką płynu.

Kiszka okazała się ciemno granatowo wiśniowego koloru; powierzchnia surowicza gładka, błyszcząca; badając palcem kiszkę w okolicy szyjki, przekonałem się, że zaciśnięcie jest bardzo mocne. Obmywszy pole operacyjne roztworem sublimatu wsunąłem obok jelita do jamy otrzewnej zgłębnik żłobkowy i nożem główkowatym zrobiłem nacięcie obrączki zaciskającej. Teraz wyciągnąłem pętlicę więcej z brzucha, rozpostarłem ją na ręczniku namoczonym w roztworze sublimatu; na miejscu zaciśnięcia w kiszce odprowadzającej istnieje głęboka brzoza strangulacyjna, obejmująca $\frac{3}{4}$ obwodu jelita [z wyjątkiem brzegu kręzkowego]; na dnie tego rowka jest szary pasek; ścianka kiszki w tem miejscu przy ujęciu w palce jest wyraźnie ścięcioną, jakby przerznietą; przy lekkim rozcieraniu w palcach, przepędzeniu zawartości przez to zwężone miejsce przekonujemy się, że kiszka się nie rozszerza, nie powraca do swej naturalnej elastyczności. Przez ten czas w jelitach wydobytych z brzucha powstały liczne wynaczynienia (*extravasatio*). W tem położeniu rzeczy wahałem się co zrobić z kiszką; skłaniając się jednak w końcu do rady kol. MODRZEJEWSKIEGO, który przypadkowo był obecnym przy operacji, pętlicę odprowadziłem, naciąwszy uprzednio jeszcze raz *lig. Gimbernati* przez wprowadzenie noża *Port'a* między więz i worek przepuklinowy, gdyż otwór okazał się za ciasnym. Ponieważ w kręcce opodal kiszki powstała ranka linijna w otrzewnej, krwawiąca żywo, przeto zeszyłem ją szwem kuśnierskim jedwabnym. Wyciągnąwszy szyjkę worka przepuklinowego o tyle, o ile się dało, tak, że wyciągnąłem nawet otrzewną z jamy brzusznej z okolicy otworu udowego, przeszyłem ją nitką jedwabną, a podwiązawszy na obie strony, obciąłem cały worek z szyjką przed podwiązką. Krótki dren, szew kuśnierski na ranę, *silk-protective*, gaza sublimatowa; zewnętrzna część opatrunku z wełny drzewnej.

Chora po operacji miała wymioty, które jednak po przepłukaniu żołądka przez kol. CIECHOMSKIEGO ustały. Zagojenie pod 2-ma opatrunkami, *per primam*, w ciągu 2 tygodni

Torbiele, napotykanne przy przepuklinach, bywają bardzo rozmaitego pochodzenia. BENNO SCHMIDT $\mp$ wylicza następujące ich źródła: a) torbiele mające związek z gruczołami chłonnymi; b) torbiele powstałe z mięsaków i raków tej okolicy [z jądra, z gruczołu limfatycznego], torbiele bąblowcowe; w bliższym stosunku do przepukliny znajdują się c) torbiele powstałe w warstwach okrywających worek przepuklinowy pod wpływem urazu, jako niezwykle torebki mazio-

we, np. skutek nacisku pelotem i t. p.; d) dalej torbiele powstałe skutkiem częściowego lub całkowitego zarośnięcia (*obliteratio*) worka; e) na koniec torbiele pochodzące drogą zwyrodnienia narządów znajdujących się w worku [jądro, jajnik, sieć, wyrostek robaczkowy]. W naszym przypadku torbiel można zaliczyć jedynie do kategorii c) lub d), przyczem trudno rozstrzygnąć do której. Wyglądała ona zupełnie jak torebka maziowa, ścianka jej na powierzchni wewnętrznej była zupełnie gładką, lśniącą; zawartość brudnokawowa; chora jednak ani paska nie nosiła, ani nic zgoła o przepuklinie nie wiedziała. Zważywszy, że torbiel była nader ściśle zrośnięta z workiem przepuklinowym, od którego z trudnością można ją odseparować, może prawdopodobniejszem jest przypuszczenie, iż torbiel powstała dawno przez częściowe odwężenie i zarośnięcie starego worka przepuklinowego. Przykłady podobnego częściowego, lub całkowitego zarośnięcia są znane [u BENNO SCHMIDT'a l. c. str. 59]. Worek przepuklinowy o kilku szyjkach, tak jak wyrysowany jest u FOLLIN'a [l. c. str. 11], daje pojęcie o drodze do takiej obliteracji, przyczem któraś ze szyjek skutkiem sklejenia powierzchni surowiczych zarasta.

Drugi punkt, na który chciałem zwrócić uwagę Szanownych Panów, dotyczy sprawy zaciśnięcia. W historii przepuklin czytamy przebrzmiały dziś spór o to, co właściwie zaciskało kieszkę. ARNAUD, SCARPA, POTT i DUPUYTREN uważali szyjkę worka przepuklinowego jako sprawcę zaciśnięcia prawie wszystkich przepuklin pachwinowych; inni jak JULES CLOQUET i BRESCHET dowiedli, że obrączki przypadkowe powstałe z powięzi, przez które przechodzi przepuklina udowa, są siedliskiem zaciśnięcia; MALGAIGNE wreszcie wygłosił zdanie, iż nie ma ani jednego autentycznego faktu zaciśnięcia przez wrota (*porta*, *annulus inguinalis*, *cruralis*). W sprzeczności z tem dzisiaj można dzięki środkom anestetycznym i starannej dysekcji podczas operacji stwierdzić i obecnych przekonać, że obrączki naturalne (*porta*) również bywają siedliskiem zaciśnięcia, jak to utrzymywał J. L. PETIT i inni. W przypadku tu podanym można było wyciągnąć szyjkę worka przepuklinowego z wrót, przekonać się dowodnie, że nie ona naciska na pętlicę, wprowadzić nóż we wrota pomiędzy nie i szyjkę, nadciąć wiąz GIMBERNAT'a i dopiero wtedy usunięciem zostało zaciśnięcie. HUETER [l. c. str. 530] idzie tak daleko, że utrzymuje, iż prawie zawsze obrączkę zaciskającą stanowią wrota (*Bruchpforte*). Najprawdopodobniej jednak obie ostateczności dalekie są od prawdy i zarówno wrota, jak i szyjka worka mogą być siedliskiem zaciśnięcia [KOENIG l. c. str. 314, FOLLIN l. c. str. 44 i 45].

Sp o s t r z e ż e n i e II. Żukowska Amelija, 64-letnia, wyrobница, przybyła do mojego oddziału d. 8. III. 1886. Średniego wzrostu, nadmiernie chuda kobieta; skóra cienka, mało sprężysta; stopy nieobrzękle, *scoliosis* z wypukłością w górnej części grzbietowej w lewo. Tętno 88; *arrhythmia*: co kilkanaście uderzeń serca jedno wcześniejsze niż wypada; ton pierwszy u wierzchołka czysty, drugi głuchy. Od 8 u lat bardzo mocny i męczący kaszel, płwocina bardzo obfita śluzowo-ropna, *emphysema*, *bronchopneumonia*.

Od 3-ch lat w prawej pachwinie ukazuje się guzik, który sam przez się, nigdy nie sprawiając bólu chował się i ukazywał znowu. Cztery dni temu, gdy chora niosła koszyk z miasta, wyskoczył duży guz, który się nieco miał zmniejszyć,

lecz zupełnie nie zginał; od tej chwili chora po wszystkim, co wypije, wymiotuje, przyczem ma ciągły ból w okolicy pępka w krzyżu, oraz w stronie guzika; stolec był przed dwoma dniami. Brzuch średniej wielkości, skóra cienka, ścianka zlekka napięta, *meteorismus*.

W prawej pachwinie guz wielkości dużego orzecha włoskiego, bolesny, bardzo naprężony, nierówny, pokryty skórą niezmienioną i przesuwalną.

W lewej pachwinie przepuklina udowa wielkości orzecha włoskiego.

Z powodu dobrego wyglądu chorej, dobrego tętna oraz braku gwałtownych objawów zaciśnięcia, miałem zamiar początkowo poprzestać na wlewaniu wody do kiszki, kąpielach ciepłych i t. d.. Jednak mając na uwadze jej wiek podeszły i podupadły stan odżywiania, przystąpiłem do operacji bezzwłocznie 9. III. 1886, bez chloroformu z powodu zmian w płucach i sercu; chora zniosła operację z przedziwną cierpliwością. Cięcie równoległe do więz. POUPART'a; worek przepuklinowy ciemny; płynu w worku niewiele, ciemno-krwawego koloru; jelito naprężone, fioletowo-czarne. Po zgłębniku żłobkowym, wprowadzonym przez szyjkę do jamy otrzewnej, rozciąłem więz. GIMBERNAT'a napięty w kształcie ostrego sierpu. Po wydobyciu pętlicy z jamy brzusznej, rozłożeniu jej na serwecie, okazało się, że uwieczniona była nie cała pętlica, lecz tylko część jej obwodu (*pincement latéral, Darmwandbruch*), a mianowicie więcej niż połowa obwodu kiszki, począwszy od przyczepu kręzkowego, po za brzeg wolny jelita, t. j. przeciwniegi kręzkowemu. Granicę uwiecznionej części dokładnie uwidaczniała bródza strangulacyjna. Uwiecziony odcinek, półkulistego kształtu, wystaje ponad powierzchnię kiszki, jak bańka przypięta do skóry; cała ta półkula jest ciemno-fioletowa prawie czarna; powierzchnia surowicza błyszcząca; ścianka jelita gruba. Zupełnie inne cechy przedstawia pasek kiszki w żłobku strangulacyjnym; ma on szerokości $\frac{1}{4}$ ctm., biało-szarawą barwę; powierzchnia surowicza jest również gładka, lecz ścianka jelita jest cienka, wiotka, jakby *muscularis* i *mucosa* były przecięte i rozstały się na boki; nadto połączenie *muscularis* z *serosa* jest tu rozluźnione, skutkiem czego przy poruszaniu kiszki w palcach na *serosa* powstają drobnutkie marszczki. W jednym tylko miejscu bródzy strangulacyjnej nie ma tych zmian, a to tam mianowicie, gdzie bródza przebiega po przejściu kręzki na kiszkę. Widząc tak podejrzaną kiszkę, można się było zawałać, jak z nią postępować; przedewszystkiem postanowiłem poczekać, czy nie wystąpią zmiany, świadczące o zwrocie ku odzyciu; w celu ożywienia jelita polewałem je ciepłym roztworem sublimatu, rozcierałem delikatnie w palcach, przepędzałem zawartość z odcinka uwiecznionego do części zdrowej; wtedy widocznie zaczął się rowek zmieniać: najprzód z samego brzegu od kiszki zdrowej zaczęło na szarem polu ukazywać się nastrzyknięcie naczyń w kształcie drzewek, z początku z rzadka i krótkie, potem coraz gęściej i coraz dłuższe; zmiany te tem żywiej i mocniej występowały, im rozpatrywany punkt rowka bliżej był brzegu kręzkowego. Widząc w tych zmianach otuchę odzycia kiszki, przykryłem ją ciepłym ręcznikiem, który polewano roztworem sublimatu; po pewnym czasie już tylko środkiem rowka biegł pasek szary, po obu brzegach którego, zwłaszcza od strony zdrowej kiszki, rozszerzyły się terytoryja nastrzykniętych naczyń. Ponieważ ucisk we wrotach pomimo *débridement* był niemały, o czym świadczyło nastrzyknięcie naczyń i posinienie zdrowej kiszki, przeto obmywszy jelito wprowadziłem je do jamy otrzewnej, przypuszczając, że tam powrót do prawidłowego stanu prędzej przyjdzie do skutku. Jakoż gdy po pewnym czasie wydobylem znów pętlę, przekonałem się, że cały rowek już był ciemno-czerwony, że flakowata półkula uciśniętego odcinka, zjedrniała, skurczyła się. Odprowadziłem więc

kiszkę, a co do reszty postąpiłem zupełnie tak, jak w pierwszym spostrzeżeniu, tylko nie wprowadziłem drenu, gdyż skóra cienka, brak pokładu tłuszczowego, oraz umyślnie zostawiony otwór między zeszytami brzegami rany, zabezpieczały od nagromadzenia się krwi i t. p. w ranie, która istotnie zagoiła się *per primam* pod 2-ma opatrunkami. Pierwsze wypróbnienie samo przez się było w 12 godzin po operacyi.

Jestto drugi przypadek przepukliny ściennej, widziany przezemnie; z pierwszego z nich zdawałem sprawę w gronie kolegów tutejszego Towarzystwa, a następnie opisałem w 1882 r. w Pamiętniku Towarzystwa Lekarskiego $\ominus$). Był to przypadek bardzo znacznie różniący się od obecnego, a mianowicie w tym głównie punkcie, że uwięziona część kiszki była całkowicie przyrosła do ścianki worka przepuklinowego.

Przedewszystkiem zaznaczyć tu muszę, że istnieje pewien zamęt, co do nazwy przepuklin, o których tu mowa. W 1700 r. LITTRE znalazł na trupie człowieka zmarłego nagle, w worku przepukliny pachwinowej *diverticulum* kiszki cienkiej; wkrótce potem również przy sekcji trupa człowieka zmarłego „*d'une fièvre maligne*“ znalazł w kanale pachwinowym *appendix* kiszki cienkiej, która sama znajdowała się w jamie brzusznej. Od tej pory na cześć jego nazwano podobne przepukliny „*hernia Littri*“. Podczas gdy w przypadkach LITTRE'a owo *diverticulum* leżało w worku przepuklinowym swobodnie, nieuwięzione, MERY opisał pierwszy przypadek, w którym ono było zaciśnięte. Z czasem atoli zaczęto pod to miano podciągać przepukliny ścienne w rodzaju naszych i dotychczas znajdujemy u BIRKETT'a [l. c. str. 674]: „*There occasionally happens a variety of hernia, first noticed by M. de Littre, in which only a portion of the wall of the ileum, or a diverticulum from the bowel becomes adherent to a very small hernial sac*“. KOCHER stale zwie przepukliny ścienne *hernia littrica* [l. c. str. 412]; nawet w nowszym dziele, bo HUETER'a, czytamy [l. c. str. 559]: „*Sodann hat man beobachtet das in dem Bruchsack des Schenkelbruchs eine Dünndarmschlinge nur mit ihrer Convexität eingelagert war, während der mesenteriale Rand der Schlinge in der Bauchhöhle geblieben war. Diese Brüche hat man nach dem Autor welcher sie zuerst beschrieb, als Littre'sche Hernie (Darmwandbruch) bezeichnet*“. Obecnie większość autorów niemieckich różniła stanowczo *herniam Littri* od *hernia lateralis seu partialis*, ograniczając pierwszą nazwę do przepuklin, w których znajduje się tylko *diverticulum* wrodzone, t. z. *diverticulum congenitum Meckeli*, a światło samej kiszki wcale nie jest zwężone; *hernia* zaś *lateralis s. partialis* nazywają taką przepuklinę, w której worku znajduje się tylko część, a nie cały obwód kiszki, w brzuchu zaś poza wrotami leży część pozostała jelita, mocno przez to zwężonego.

O ile przepuklina LITTRE'a jest bardzo rzadką, o tyle przepuklin ściennych nie można zaliczać do rzadkości. KOENIG przytacza dwa przypadki swoje [l. c. str. 313], LORENZ ∇) dwa spostrzeżenia z kliniki ALBERT'a, a nadto z protokołów

$\ominus$) Kilka spostrzeżeń przepuklin i uwagi nad niemi. 1882 r. Pam. Tow. Lek. Warsz.

∇) Ueber Darmwandbrueche. Wien. 1883.

kliniki wybrał 9 przypadków; KOCHER cytuje 4 [trzy udowe, jedna zasłonowa l. c. 412]. Z tego względu niezrozumiałym jest sceptycyzm SCHMIDT'a [l. c. str. 32], który mówi: „Zuweilen soll in einen Bruch nur ein Theil des freien, der Mesenterialanheftung gegenüberliegenden Darmumfanges, eine Darmwand hineinragen (Darmwandbrüche). Soweit die Darmwand nicht am Bruchsacke adhären oder in dessen Mündung eingeklemmt gefunden wird, muss ich mich denen anschliessen, welche diese Bruchart läugnen [ROSER u. A.]. Einen freien Darmwandbruch habe ich nicht gesehen, und ist mir auch aus der Literatur kein Fall bekannt. Auch im Einklemmungsfalle hat man zuweilen eine Darmwand vor sich zu haben geglaubt, wo doch schon eine Darmschlinge ausserhalb der Bruchpforte lag. Es erklärt sich dieser Irrthum dadurch, dass man in die Bruchsackhöhle nur die freie Darmwand als kugelförmige Blase hereinragen sah, während die Mesenterialwand sammt zu- und abführendem Rohre im Bruchsackhalse lagen“. W pierwszym moim przypadku przy seceji, w drugim podczas operacji przez wyciągnięcie kiszki z brzucha, przyczem widzieli ją dokładnie wszyscy obecni, stwierdzić było można na pewno, nie popełniając żadnego błędu, o jakim wspomina SCHMIDT, że to były przepukliny ścienne.

Tak więc dzisiaj istnienie przepuklin ściennych nie ulega wątpliwości żadnej, nie można też wszystkiego zepchnąć na błąd w spostrzeganiu. Mimo to, co do sposobu ich powstawania istnieje dużo wątpliwości. Najzrozumialsze według autorów [SCHMIDT, KOENIG] są przepukliny ściene przewlekłe, w których ścianka uwięzionej części jelita przyrosła jest do worka przepuklinowego, jak to było w moim pierwszym przypadku, jak to było w obu przypadkach KOENIG'a [l. c. str. 313], jak tego przypadek spostrzegał i wyrysował BIRKETT [l. c. str. 673]. Przypuszczają oni, że skutkiem zapalenia ścianki jelita, znajdującego się w zetknięciu z otrzewną w okolicy wrót kanału pachwinowego lub udowego, zrasta się z listkiem otrzewnej: „takie zatem zrośnięcie poprzedza utworzenie przepukliny“ [SCHMIDT l. c. str. 183]. Następnie otrzewna i ścianka kiszki, skutkiem skurczenia się (*Schrumpfung*) zapalnej nowowytworzonej tkanki, zostają wyciągnięte na zewnątrz, jelito, dawniej płasko przebiegające, ulega zgięciu, załamaniu; ramię doprowadzające znajduje się pod kątem względem ramienia odprowadzającego, wreszcie skutkiem wciągnięcia coraz większego odcinka kiszki i zwężenia otworu komunikacyjnego, prowadzącego z kiszki do części wciągniętej, powstaje zwężenie światła kiszki. Całe to atoli tłumaczenie jest poprostu zestawieniem szeregu przypuszczeń, gdyż można je odwrócić i powiedzieć, że najprzód do gotowego worka przepuklinowego wpadła część lub cała pętlica, że tam uległa przyrośnięciu do ściany worka, że następstwa zaciśnięcia nie były tak ciężkie, że nie doszło do śmierci chorego, powoli brzég mezenteryjalny kiszki wysunął się do jamy brzusznej, a ostatecznie powstała przyrośnięta przepuklina ścienna.

Gdzie znowu niewątpliwie była przepuklina ścienna zaciśnięta, ale nie przyrosła §), KOENIG tłumaczy powstanie jej w ten sposób, że „część ścianki jelita powoli wpukła się w ustęp otrzewnej (*Bauchfellausbucht-*

§) Jak w mojem spostrzeżeniu pomieszczone w tej pracy, lub w pierwszym spostrzeżeniu LORENZ'a.

tung), w worek przepuklinowy i w ten sposób powstaje nabyte *diverticulum*“; nie wątpi on, że „to *diverticulum* również podlega objawom zapalnym i zaciśnięciu i to tem snadniej, że przy jego wytworzeniu powstaje pewien stopień zwężenia“ i że tylko na tej powolnej drodze wytwarza się przepuklina ścienna. Jednem słowem ROSEK, SCHMIDT, KOENIG zaprzeczają możliwości 1) nietylko swobodnej, t. j. nie przyrosłej i nie zaciśniętej przepukliny ściennej, ale także 2) możliwości zaciśniętej, ale ostro powstałej bez poprzedniego istnienia workowatego wypuklenia na kiszce. SCHMIDT i KOENIG opierają swoje twierdzenia na znanych doświadczeniach i panujących teoryjach o zaciśnięciu; przytaczają oni głównie doświadczenie ROSEK'a, który przekonał się, że jeżeli na ścianę кишки nakładać podwiązkę zlekka, t. j. nie tak mocno jak do zaciśnięcia, to kiszka zawsze z oczka podwiązki się wymknie.

W przeciwstawieniu z tem cała praca LORENZ'a wymierzona jest przeciw powyższemu poglądom. Autor krytykuje samo doświadczenie ROSEK'a zarówno jak i oparte na niem tłumaczenia SCHMIDT'a i KOENIG'a i ostatecznie dochodzi do wręcz odmiennego wniosku, a mianowicie: że może istnieć swobodna t. j. ani przyrosła, ani uwięziona przepuklina ściana oraz, że może nastąpić ostre uwięzienie części ściany кишки bez uprzedniego od dawna i z wolna powstałego *diverticulum* na kiszce. Na poparcie pierwszego zdania przytacza wyjątek z protokołu sekcji sądowej u 4 miesięcznego dziecka, u którego przypadkowo znaleziono połowę obwodu кишки cienkiej swobodnie leżącej w worku przepuklinowym pępkowym. Oczywiście na żywym człowieku nie ma sposobności stwierdzić, czy w worku znajduje się część, czy cała ściana кишки. Autor pyta się, dlaczego by do małego worka przepuklinowego nie miała wpadać tylko część ściany kiszki, a nawet przypuszcza, że wszystkie powolnie powstałe przepukliny w pewnym okresie swego rozwoju były najprzód ściennymi zanim w końcu zaczęła do worka wchodzić cała pętlica [str. 39]. Wogóle można powiedzieć, że ilość wypadłych кишek zależy *caeteris paribus* od wielkości worka i obszerności wrót [str. 44]. Nie można też zaprzeczyć, że w wielu przypadkach przepuklin z gwałtownymi objawami zaciśnięcia, w których przy *herniotomii* znaleziono worek pusty i objawy zaciśnięcia same ustąpiły, być może było ostre zaciśnięcie części ściany кишки, która się potem do brzucha wciągnęła. Samo ostre zaciśnięcie części ściany jelita przychodzi, zdaniem LORENZ'a, w następujący sposób [str. 47]: jeżeli pod działaniem tłoczni brzusznej, czy to z powodu wąskości wrót, czy zarazem krótkości krężki, wepchniętą zostaje nagle część ściany kiszki w kształcie *cul-de-sac*, w takim razie może się zdarzyć, że szyjka *cul-de-sac* zatyka zupełnie wrota, fałdki błony śluzowej dopomagają do szczelniejszego jeszcze odcięcia światła *cul-de-sac* od reszty światła kiszki, ciśnienie w jamie brzusznej przeszkadza wymknąć się ściance z worka, ku czemu dopomaga ściąganie się wrót, które w chwili wypadnięcia kiszki pod wpływem gwałtownego nacisku nieco się rozszerzyły i ostatecznie powstaje uwięzienie. Na tych wyjątkach z pracy LORENZ'a poprzestajemy dla braku miejsca. Choć jego wywodom niepodobna odmówić słuszności, to jednak wobec naszej niezna-

mości mechanizmu zaciśnięcia, pomimo dotychczas podanych teoryj, musimy powstrzymać się od wypowiedzenia naszego zdania. Spostrzeżenie, które wyżej opisałem, nie dostarcza też danych, któreby rzuciły światło na daną kwestyję; przepuklina istniała od 3-ich lat, mogło więc powstać na kiszce nabyte *diverticulum* w myśl przypuszczenia KOENIG'a.

W końcu dodam tylko, że przepuklina ścienna najczęściej zdarza się w kanale udowym, potem w kanale zasłonowym, rzadziej w pachwinowym; w przeważnej większości bywa w niej jelito cienkie, rzadko kiszka gruba; szczegóły literackie znaleźć można w pracy LORENZ'a.

II. SPRAWOZDANIE

z oddziału chirurgicznego mężczyzn w szpitalu Dzieciątka
Jezus z 1885 roku.

podał

D r Władysław Orłowski,
starszy ordynator tegoż szpitala.

[Dokończenie. — Patrz Nr. 23].

6) *Hygroma genu dextri. Extirpatio.*

Ciszewski Walenty włościanin, wieku lat 57. Do szpitala przybył dnia 31.

VII. Przy badaniu chorego okazało się: na prawym kolanie torbiak (*hygroma*), wielkości pięści, trwający od lat kilku. Dnia 1. VIII. wycięto guz, który okazał się o ścianach twardych, ze zbitej tkanki łącznej, w niektórych miejscach grubości około 1 ctm., zawartość guza była płynną, ciągnącą się, koloru żółtawego. Chory wyszedł dnia 23. VIII. z raną zupełnie zagojoną.

7) *Hygroma genu sinistri. Extirpatio.*

Szymański Franciszek ksiądz, wieku lat 55. Do szpitala przybył dnia 17.

VIII. Przy badaniu chorego znaleziono w okolicy stawu kolanowego lewego torbiak (*hygroma*), wielkości prawie główki nowonarodzonego dziecka, twardy, zwieszający się, od przodu skóra w niektórych miejscach mocno zcieńczona. Torbiak istnieje od lat kilkunastu. Chory wogóle dosyć osłabiony, uskarża się na dokuczliwy niekiedy kaszel. Dnia 25. VIII. wyciąłem guz cięciem eliptycznem, obejmującym zmienioną część skóry. Gojenie rany postępowało powolnie, szczególnie przy końcu pobytu chorego w szpitalu, a to z powodu częstego klękania podczas modlitwy, przy mszy Świętej. Chory wyszedł dnia 29. I. z raną niezupełnie jeszcze zagojoną. Badany guz okazał się o ścianach twardych, bardzo grubych, w niektórych miejscach do 2 ctm., o zawartości gęstawej, koloru szarego, kleistej. Na powierzchni guza wewnętrznej, gdzieś w wyniosłości w postaci brodawek.

† 3. Głuchowski Michał, lat 20.

Coxitis. Przybył dnia 7. VIII., umarł d. 12. IX.

† 4. Botwiński Franciszek, lat 14.

Coxitis. Nephritis. Przybył d. 13. VIII., umarł d. 25. VIII.

† 5. Mianowski Józef, lat 60.

Phlegmone cruris, necrosis ligamenti patellaris. Anthrax dorsi. Erysipelas.
Przybył dnia 21. VIII, umarł d. 9. XI.

d) Nowotwory.

Chorych 3, wyzdrowiało 2, nieuleczony 1.

1) *Carcinoma plantae pedis. Amputatio cruris supramalleolaris.*

Raczyński Aleksander, włościanin, wieku lat 18. Do szpitala przybył dnia 18. III. Po zbadaniu chorego okazało się owrzodzenie rakowate, stwierdzone przez badanie skrawków za pomocą drobnowidzu, obejmujące znaczną część lewej podeszwy i od wewnątrz przechodzące na okolicę tylną stopy. Gruczoły chłonne pachwinowe, udowe w kierunku naczyń, tworzyły ogromne, ruchome guzy, wielkości orzechów włoskich.

Dnia 21. III wykonałem odjęcie goleni nadkostkowe, według zasad Guon'a. Jednocześnie wyciąłem wyżej wzmiankowane przeistoczone gruczoły, rana w tym celu sięgała do połowy uda, samo wycięcie gruczołów było bardzo utrudnionem, z powodu blizkiego sąsiedztwa pni naczyniowych i dosyć mocnych w niektórych miejscach zrostów. Chory pozostawał do dnia 26. VI., wyszedł z ranami zagojonymi zupełnie, zaopatrzony w but odpowiednio do swego kalectwa.

2) *Sarcoma femoris sinistri. Extirpatio.*

Ciołkowski Piotr włościanin, wieku lat 15. Do szpitala przybył dnia 4. VIII. Przy badaniu chorego okazało się: na lewym udzie w okolicy średniej, przednio-wewnętrznej, guz twardy wielkości główki nowonarodzonego, ruchomy, o szerokiej podstawie, od wewnątrz przy samym guzie, na niewielkiej przestrzeni zgromadzenie skóry. Powierzchnia guza niezupełnie gładka, skóra szczególnie bliżej wierzchołka, mocno przyrośnięta, cienka. Na wierzchołku grzybowate owrzodzenie sięgające głęboko, z którego wydzielina posokowata, cuchnąca, często ze skrzepami krwi. Chory osłabiony. Guz powstał bez żadnych widocznych przyczyn przed 2-a laty, gruczoły chłonne pachwinowe nie powiększone. Dnia 8. VIII. wyciąłem guz, utrata krwi podczas operacji była nader niewielką. Brzegi rany operacyjnej, starałem się zbliżyć, oile to było możebnem, zapomocą szwów. Gojenie rany postępowało bardzo powolnie, chory pozostawał w szpitalu do d. 10. X.

Wycięty guz badany pod drobnowidzem wykazał budowę mięsaka (*sarcoma*) o komórkach przeważnie wrzecionowatych.

Oprócz przytoczonych pozostawał w oddziale jeszcze jeden chory z nowotworem złośliwym stopy (*carcinoma*), ten jednak nie zgodził się na pomoc operacyjną i wyszedł nieuleczony.

e) Różne choroby.

Chorych 16, wyzdrowiało 6, niezupełnie uleczonych 7, umarło 3.

1) *Caries patellae sinistrae. Extirpstio patellae.*

Tański Leon, obywatel ziemski, wieku lat 38. Do szpitala przybył dnia 6. VII. Przy badaniu chorego okazało się: od lat trzech pozostawał w ciągłej kuracji z powodu choroby syfilitycznej, w roku bieżącym wysłany był do Buska, gdzie po kilku tygodniach poprawił się do tego stopnia, iż objawy zapalne stawu kolanowego lewego, na które cierpiał od roku, przeszły zupełnie, chory mógł tańczyć z całą swobodą. Przed trzema tygodniami, prowadząc mazura

upadł, i od tej chwili datuje nowe nader szybko postępujące pogorszenie. Objętość stawu kolanowego w dni kilka powiększyła się znacznie, powstały bóle, wkrótce zaś na zewnątrz rzepki wytworzyły się przetoki, z których wydzielala się obficie płynna cuchnąca ropa. Do objawów tych przyłączyła się gorączka, niepokój, upadek sił, brak apetytu, zwątpienie nawet o możliwości jakiegokolwiek poprawy. Przy badaniu zgłębnikiem znaleźliśmy powierzchnię stawową rzepki оголоconą z chrząstki, chropowatą, zmienioną na znacznej przestrzeni. Na czole, na obu gołeniach, na klatce piersiowej liczne głębokie blizny. Dnia 7. VII. wyciąłem całą rzepkę. Gojenie rany było wogóle bardzo powolnem, chory był rozdrażnionym, szczególnie trapiły go ciąгла bezsenność, bóle; tworzące się zaś nowe zatoki były powodem kilkorazowych cięć, przeprowadzania nowych pomocniczych sączków, stopniowo jednak powrócił spokój. poprawiło się trawienie, a w miarę poprawy ogólnej postępowała i miejscowa. Choremu przez długi przeciąg czasu zalecono wewnątrz jodek potasu. W szpitalu pozostawał do dnia 24. X., wyszedł z jedną niewielką przetoką w okolicy ścięгна mięśnia dwugłowego uda, objętość stawu pozostała nieco powiększoną, forma widocznie spłaszczoną. Ruchy w stawie z powodu długo trwałego unieruchomienia i zeszywnienia, były nader ograniczone, zaledwie wyczuwalne. Stan ogólny dobry.

2) *Ankylosis genu sinistri. Resectio totalis genu. Amputatio femoris.*

Mużański Kazimierz włościanin, wieku lat 17. Do szpitala przybył dnia 22. III. 1834 r.. Po zbadaniu chorego okazało się: skrócenie pod kątem ostrym stawu kolanowego lewego, rzepka w okolicy zewnętrznej górnej złana zupełnie z kością udową, ruchy wstawie zaledwie wyczuwalne. Stan ogólny dobry. Dnia 1. IV. wykonaliśmy całkowite wypiłowanie kości stawu. Początkowo gojenie rany operacyjnej postępowało pomyślnie, następnie jednak wydzielająca się uporczywie z przetok, i to w znacznej ilości ropa, brak zrostu odpiłowanych końców kości i stwierdzone w dalszym ciągu ich próchnienie, zmusiły do odjęcia uda, co wykonano d. 24. I. r. b. Chory opuścił szpital z raną zagojoną d. 8. V..

3) *Contractura genu. Extensio violenta.*

Podolak Henryk, rzemieślnik, wieku lat 22. Do szpitala przybył dnia 1. I. Po zbadaniu chorego okazało się skrócenie w stawie kolanowym lewym, po przebytem zapaleniu stawu, trwającym lat kilka. Obecnie objawów zapalnych niema żadnych, skrócenie prawie pod kątem prostym, ruchy w stawie chociaż ograniczone, lecz możebne. Dnia 20. II. po zachloroformowaniu chorego, wykonano wyprostowanie kończyny i bezpośrednio po operacyj nałożono gipsowy opatrunek. Kończyna okazała się krótszą od zdrowej na 5 do 6 ctm. Chory pozostawał na kuracyj do dnia 25. V., wyszedł w stanie zadawalniającym z kończyną prostą, ruchy jednak stawu były nader ograniczone. Chorego zaopatrzono w but, odpowiedni do skrócenia kończyny.

4) *Caries ossis femoris post amputationem. Reamputatio.*

Karygowski Wawrzyniec włościanin, wieku lat 18. Do szpitala przybył dnia 9. VII. Przy badaniu chorego okazało się: przed kilku miesiącami w skutek cierpienia stawu kolanowego, odjęte miał prawe udo w średniej części. Rana operacyjna w kilka tygodni zagoiła się prawie zupełnie, jednocześnie polepszył się o wiele stan ogólny chorego. Wkrótce jednak na bliznie powstały

przetoki, z których sączyła się dosyć obficie ropa, do objawów tych przyłączyły się bóle, stopniowo ogólne osłabienie. Badanie zgłębnikiem wykazało próchnienie na dosyć znacznej przestrzeni pozostałej części kości udowej. Dnia 23. VII. wypiłowano zmienioną kość na przestrzeni około 3 cali. Chory pozostawał do dnia 15. XI., wyszedł z raną zupełnie zagojoną. Stan ogólny był dobry.

5) *Gangraena spontanea digitorum pedis dextri. Exarticulatio digiti medii cum resectione partiali ossis metatarsi medii et totali metatarsi secundi. Septicaemia.*

† Sumiński Michał wyrobnik, wieku lat 40. Przybył do kliniki szpitalnej dnia 28. VII. z samoistną zgorzelą (*gangraena spontanea*) czwartego palca prawej stopy. W parę tygodni po utworzeniu się linii odgraniczającej, oddzielił się cały palec, wygląd rany był niezły, powoli jednak potworzyły się przetoki, i w tym stanie po zamknięciu kliniki, chory tranzlokowanym był do oddziału chirurgicznego dnia 17. VIII. Przy badaniu chorego okazało się: rana po oddzieleniu czwartego palca niezagojona, tworzy owrzodzenie, przez które zgłębnikiem dochodzi się pod odpowiednią kość śródstopową. Owrzodzenie przechodzi na okolicę tylną stopy, na palec średni, którego członek pierwszy, wraz z końcem przednim kości śródstopowej, są obnażone, staw otwarty. Zgłębnikiem w dalszym ciągu znajdujemy zmienioną i obnażoną na całej prawie przestrzeni kość śródstopową drugą. Skóra w niektórych miejscach znacznie jest cieńszą, podminowaną, wydzielina ropna obfita, chory osłabiony. Przy badaniu tętnic kończyny nie wykryto nic godnego uwagi. Wygląd rany, w dni kilka po przybyciu do oddziału, poprawił się znacznie, jednocześnie polepszył się nieco i stan ogólny chorego, z tych więc powodów d. 29. VIII. wykonałem wyluszczenie średniego palca z częściowem wypiłowaniem odpowiedniej kości śródstopowej, i wyluszczyłem całą kość śródstopową drugą. Stan chorego pierwsze dni kilka był zupełnie zadawalniający, ropienie było niewielkie, rana czysta, nadspodziewanie jednak wystąpiły groźne objawy posocznicy, wśród których chory zakończył życie dnia 14. IX..

6) *Consolidatio fibrosa post fracturam femoris dextri. Resectio partialis femoris.*

Krasnicki Antoni wyrobnik, wieku lat 55. Chory przybył do kliniki szpitalnej dnia 17. VI. nieprzytomny, ze złamaniem prawej kości udowej w dolnej połowie, w dni kilka stan ogólny chorego poprawił się znacznie, dalsze jednak zachowanie się zdradzało rozstrój do pewnego stopnia władz umysłowych, na pytania odpowiadał zwykle bez związku, zrywał, niszczył opatrunki, tym więc sposobem wszelkie starania, przyrządy wyciągowe, gips, by utrzymać i unieruchomić odłamki kostne, musiały pozostać bez skutku. Chory po kilku tygodniach z powodu zamknięcia kliniki, tranzlokowanym był do oddziału chirurgicznego. W zachowaniu się chorego zaszły pewne zmiany na lepsze, był wogóle o wiele spokojniejszym, lecz znacznie osłabionym, w okolicy krzyżowej odleżyna niezupełnie jeszcze zagojona, puls słaby, twarz blada, brzuch wzdęty, w moczu niewielka ilość białka, uskarżał się na brak apetytu, nieprawidłowe trawienie, czasem bezsenność, bóle głowy, kaszel. Kość udowa w miejscu złamania zgrubiała, odłamki ruchome, cała kończyna nieco obrzęknięta, zwracał uwagę ból występujący przy dotknięciu skóry, nieco na zewnątrz od rzepki, na przestrzeni nader ograniczonej, ból ten przy słabym nawet ucisku stawał się nieznosnym. Zasto-

wano znowu przyrząd wyciągowy, chory jednak nie mógł go znieść, kręcił się i przyrząd więc, pomimo wszelkich zabiegów, nie mógł nic zdziałać.

W tym stanie pozostawiłem chorego przed wyjazdem na urlop kilkotygowy. Czasowo zastępujący mnie w oddziale dr. KRAJEWSKI, w dni kilka po moim wyjeździe, t. j. dnia 18. IX. wykonał wypilowanie obu odłamków kostnych i nałożył szew kostny metalowy. Przyczyną tamującą zrost kości okazały się tkwiące między odłamkami włókna mięsne mięśnia obszernego zewnętrznego. Gojenie rany operacyjnej postępowało pomyślnie. Po objęciu oddziału 12. X. znalazłem chorego wogóle w stanie dosyć zadawalniającym, po zdjęciu zaś w dni kilka opatrunku gipsowego, ranę w okolicy przedniej uda zupełnie zagojoną, pozostawała tylko niezagojoną niewielka ranka w okolicy tylnozewnętrznej, przez którą był wprowadzony sączek. Na kończynę całą znowu założono opatrunek gipsowy, z pozostawieniem otworu dla rany w okolicy tylnozewnętrznej. Dnia 20. XI. po zdjęciu opatrunku odłamki kostne okazały się wyraźnie ruchome, rany zaś zagojone zupełnie. Na całą kończynę nałożyłem nowy opatrunek gipsowy i opatrunek ten pozostawał do końca Grudnia, usunięto go zaś ostatecznie, ponieważ chory zaczął się skarżyć na dokuczliwe bóle w okolicy blizny i w całej kończynie. Na kończynę zastosowano zwyczajny, nader słaby przyrząd wyciągowy, który jednak z powodu wzrastających bólów i obrzmienia w okolicy złamania zdjęto już dnia następnego. W okolicy blizny na powierzchni przedniej uda, stopniowo wytworzył się ropień, po pęknięciu którego wydzielila się dosyć znaczna ilość ropy.

Obecnie w końcu Marca stan chorego jest następujący: skrócenie prawej kończyny dolnej dochodzi do 15 ctm., forma całej kończyny znacznie jest zmieniona, prawe udo wygięte wypukłością ku zewnątrz, nieco obrzęknięte, stężenie w stawie kolanowym, wobec którego ruchy stawu zaledwie wyczuć się dają, chory w pozycji leżącej nie jest w stanie unosić chorej kończyny. Na powierzchni przedniej uda, przy dalszym końcu blizny, przetoka prowadząca do obnażonej kości na znacznej przestrzeni, zgrubienie kości wydatne, ruchomość w miejscu wypilowanych odłamków kostnych jest wyraźną, lecz ruchomość ta od pewnego czasu, o ile się zdaje, stopniowo się zmniejsza. W stanie ogólnym chorego nie ma zmian wielkich, jest tylko nieco więcej osłabionym.

Oprócz wyżej opisanych wykonane były na kończynach dolnych w ciągu roku następujące operacje:

1) Wyłuszczenie obu paluchów stóp, 2) wyłuszczenie palucha i drugiego palca stopy, w obu razach z powodu odmrożenia, 3) wyłuszczenie palucha i kość śródstopowej pierwszej z powodu ropienia i pruchnienia kości w stawie palcosródstopowym. 4) Dwie sekwestrotomije z powodu znacznych martwaków kości piszczelowej.

† 2. Baranowski Józef lat 41.

Pernio pedum. Septicaemia. Przybył d. 4. I., umarł d. 14. II.

† 3. Nawroczyński Ignacy lat 64.

Gangraena crurum post typhum, vitium cordis, insufficientia valvulae bicuspidalis. Tranzlokowany z oddziału wewnętrznego. Przybył dnia 1. XII. umarł dnia 17. XII.

XII. Różne okolice ciała.

Chorych 55, wyzdrowiało 28, niezupełnie uleczonych 10, umarło 15, pozostało 2.

Dział ten obejmuje chorych, którzy z powodu uszkodzeń, oparzeń, wysypek, bólów gośćcowych i wielu innych chorób nie mogli być zamieszczeni w działach poprzednich. Należą tu również przyjęci do oddziału lub tranzlokowani z oddziałów wewnętrznych z powodu odleżyn, wrzodów goleni i t. d.

† 1. Rachinek Jan lat 31.

Paraplegia. Decubitus. Przybył d. 7. I. 1885 r., umarł d. 23 I.

† 2. Gojda Andrzej lat 35.

Ambustura faciei, extremitatis superioris atque inferioris lateris sinistri. Przybył d. 21. XI. 1884 r. umarł d. 22. I. 1885.

† 3. Doliżyc Henryk lat 52.

Stricturea oesophagi. Erysipelas phlegmonosum brachii dextr. Icterus, septicaemia. Przybył d. 26. I., umarł dnia 28. I.

† 4. Kern Otton lat 38.

Apoplexia cerebri. Przybył i umarł dnia 9. II.

† 5. Smoleński Wincenty lat 33.

Neoplasma cerebri. Przybył dnia 27. II. umarł d. 3. III.

† 6. Michalczuk Nikifor lat 27.

Malleus. Przybył d. 28. IV. umarł dnia 30. IV., tranzlokowany z oddziału wewnętrznego.

† 7. Wiszkowski Adam lat 55.

Scorbutus. Przybył d. 18. IV. umarł d. 16. V.

† 8. Wasilewski Andrzej lat 35.

Paraplegia, decubitus. Przybył d. 30. III., umarł d. 12. V., tranzlokowany z oddziału wewnętrznego.

† 9. Kosiński Grzegorz lat 52.

Pneumonia chronica, ulcus cruris. Przybył d. 11. 7. umarł 16. V.

† 10. Wagner Hipolit lat 70.

Ulcus cruris, Marasmus. Przybył d. 27. V. umarł 8. VI., tranzlokowany z oddziału wewnętrznego.

† 11. Tryfon Afanasji lat 65.

Ulcus cruris, Emphysema pulmonum. Marasmus. Przybył d. 2. IX. umarł d. 8. IX.

† 12. Kembrowski Bronisław lat 20.

Ambustura. Przybył dnia 9. IX., umarł d. 12. XI.

† 13. Oziemczecki Michał lat 26.

Ambustura extremitatis superioris et inferioris lateris sinistri et manus dextri. Przybył d. 29. XI., umarł d. 13. XII.

† 14. Opoczyński Aleksander lat 21.

Scorbutus, Pleuritis. Przybył dnia 11. XII., umarł d. 17. XII.

† 15. Kuc Adam lat 49.

Ulcus cruris. Pneumonia chronica. Przybył dnia 22. I., umarł d. 29. I.

Chorych z objawami posocznicy w ciągu roku spostrzegaliśmy ośmiu, z tych siedmiu przybyło do szpitala zaniedbanych i od pierwszej już chwili prawie bez nadziei życia, u jednego zaś wystąpiły objawy z przebiegiem ostrym, po wykonanej operacyi na stopie, jak to na właściwem miejscu wykazanem było.

Róża, jako powikłanie ważniejszych ran operacyjnych, spostrzeganą była właściwie dwa razy, oprócz tego przybyło do szpitala trzech chorych z różą przy ciężkich uszkodzeniach ciała, trzynastu zaś, jako powikłanie mniej ważnych chorób, w końcu róża wystąpiła jeszcze u siedmiu chorych, pozostających już w szpitalu.

Szczegółowy wykaz złamań kości w oddziale leczonych 1885 r.

Wyszczególnienie złamań				Ilość ogólna	wyzdro- wiało	niezupet- nie ulec.	umarło.
1.	Złamania kości czaszki . . .			6	—	—	6
2.	„ „ szczęki górnej i dolnej . . .			1	—	—	1
3.	„ „ szczęki dolnej . . .			1	—	1	—
4.	„ „ żeber . . .			3	2	—	1
5.	„ „ mostka i żeber . . .			1	—	—	1
6.	„ „ obojczyka . . .			2	2	—	—
7.	„ „ ramieniowej . . .			4	4	—	—
8.	„ „ promieniowej . . .			1	1	—	—
9.	„ „ łokciowej . . .			2	2	—	—
10.	Zmiażdżenie kości ramieniowej i kości przedramienia . . .			3	3	—	—
11.	Złamanie powikłane obu kości przedra- mienia . . .			1	1	—	—
12.	Zmiażdżenie kości ręki . . .			3	3	—	—
13.	Złamanie powikłane kości ręki . . .			4	4	—	—
14.	„ członków palca ręki . . .			1	1	—	—
15.	„ szyjki kości udowej . . .			4	1	3	—
16.	„ kości udowej . . .			2	2	—	—
17.	„ „ „ z odłamkami. . .			2	2	—	—
18.	„ „ rzepki. . .			1	—	1	—
19.	„ „ obu kości goleni . . .			8	6	2	—
20.	„ powikłane obu kości goleni . . .			6	5	1	—
21.	„ „ strzałki . . .			3	3	—	—
22.	„ powikłane strzałki. . .			1	1	—	—
23.	Zmiażdżenie obu kości goleni . . .			1	1	—	—
24.	„ palucha stopy . . .			1	1	—	—
razem .				62	45	8	9

Szczegółowy wykaz zwichnięć kości 1885 r.

Wyszczególnienie zwichnięć.		Ilość ogólna	wyzdrowiało	niezupełnie uleczonych.
1.	Zwichnięcie kości ramieniowej [podkrucze] .	2	2	—
2.	„ „ „ powikłane. .	1	—	1
3.	„ przedramienio-napięstkowe .	1	1	—
razem .		4	3	1

Szczegółowy wykaz operacji w oddziale wykonanych w 1885 roku.

Wyszczególnienie operacji.		Ilość ogólna	wyzdrowiało	umarło.
1.	Operacja wargi zajęczej	2	2	—
2.	Wytworzenie wargi dolnej po wycięciu rakowca .	5	5	—
3.	Wycięcie mięsaka czarnego policzka	1	1	—
4.	Wycięcie połowy języka (podwiązanie tętn. język.)	1	1	—
5.	„ torbieli szyi	1	1	—
6.	„ całkowite wola	1	—	1
7.	„ tłuszczaka ramienia	1	1	—
8.	„ mięsaka ściany brzusznej	1	1	—
9.	„ mięsaka uda	1	1	—
10.	„ włókniaka okolicy stolcowej	1	1	—
11.	„ torbiaka kolana	2	2	—
12.	„ gruczołów limfatycznych pachwinowych.	9	9	—
13.	Rozcięcie tchawicy	1	1	—
14.	Przekłócie klatki piersiowej	1	1	—
15.	Przecięcie klatki piersiowej	1	1	—
16.	Operacja zaciśniętej przepukliny.	4	4	—
17.	Zszycie kiszki cienkiej [przetoki kałowe]	1	1	—
18.	Rozcięcie brzucha [niedrożność kiszek].	1	—	1
19.	Operacja przetoki stolcowej.	8	8	—
20.	Przecięcie cewki moczowej wewnętrzne	3	3	—
21.	Cięcie nadłonowe	2	2	—
22.	Przekłócie pęcherza moczowego	1	1	—
23.	Przekłócie puchliny pochwy jądrowej	2	2	—
24.	Odjęcie jądra	1	1	—
25.	Wycięcie nerwu szczękowego dolnego	1	1	—
26.	Podwiązanie tętnicy piszczelowej tylnej	1	1	—
27.	Przekłócie stawu kolanowego	1	1	—
28.	Przecięcie pochewki ścięgnaistej [zapalenie ropne]	1	1	—
29.	Wyłuszczenie palca ręki	7	7	—
30.	„ 3 palców ręki	1	1	—
31.	„ 3 palców z częściowem wypiłowa- niem kości dłoniowych.	1	1	—
32.	„ ręki	1	1	—
33.	Odjęcie przedramienia	3	3	—

	Wyszczególnienie operacyj.	Ilość o- gólna	wyzdro- wiało	umar- ło.
34.	Wyluszczenie ramienia	4	4	—
35.	„ palucha stopy	1	1	—
36.	„ obu paluchów stóp	1	1	—
37.	„ palucha i 2-go palca stopy	1	1	—
38.	„ palucha i kości stopowej	1	1	—
39.	Odjęcie goleni nadkostkowe	1	1	—
40.	„ uda	6	5	1
41.	„ uda obustronne	1	1	—
42.	Wyluszczenie uda	1	—	1
43.	Odjęcie ramienia wtórne (<i>reamputatio</i>)	1	1	—
44.	„ uda wtórne	1	1	—
45.	Sekwestrotomija kości piszczelowej	2	2	—
46.	„ strzałki z podwiązaniem tętnicy piszczelowej przedniej	1	1	—
47.	„ szczęki dolnej	1	—	1
48.	Wypilowanie szczęki dolnej	1	1	—
49.	„ kości stopowych 2-ej i 3-ej	1	—	1
50.	Osteoplastyczne wypilowanie stopy MIKULICZA- WŁADIMIROWA	1	1	—
51.	Wypilowanie kości udowej	1	1	—
52.	Wypilowanie kości kolanowej	1	1	—
53.	Gwałtowne wyprostowanie stawu kolanowego	1	1	—
razem .		98	92	6

Odsetka śmiertelności po operacjach około 6%.

Szegółowy wykaz operacyj, wykonanych w oddziale chirurgicznym szpitala na Pradze rok 1885.

	Wyszczególnienie operacyj.	Ilość o- gólna	wyzdro- wiało	umar- ło.
1.	Odjęcie palca ręki	6	6	—
2.	„ czterech palców	1	1	—
3.	„ przedramienia	1	1	—
4.	Wyluszczenie palucha stopy	1	1	—
5.	Odjęcie stopy metodą PIROGOWA	1	1	—
6.	„ goleni	1	1	—
7.	„ uda	1	—	1
8.	Podwiązanie tętnicy szczękowej zewnętrznej	1	1	—
9.	Wycięcie śledziony (<i>splenotomia</i>)	1	—	1
10.	„ guza jajnika (<i>ovariotomia</i>)	1	1	—
razem .		15	13	2

Wycięcie śledziony (*splenotomia*) szczegółowo opisanem będzie w GAZECIE LEKARSKIEJ.

Wiadomości bieżące.

Warszawa. Dnia 5 Czerwca t. j. r. b. odbyła się w Resursie Kupieckiej na cześć prof. BARANOWSKIEGO uczta, w której wzięło udział przeszło 200 lekarzy, pomiędzy którymi około 60 przybyłych umyślnie z najrozmaitszych okolic kraju. Pierwszy toast wznosił Dr. GEPNER w imieniu Towarzystwa Lekarskiego, później przemawiali prof. SZOKALSKI i BRODOWSKI, oraz koledzy DOBRSKI [który w imieniu asystentów złożył jubilatowi wspaniały album], NATANSON, SOKOŁOWSKI, MARKIEWICZ, DOLIŃSKI, LUBELSKI (na cześć Szanownej Małżonki prof. BARANOWSKIEGO, która Mu tak dzielnie pomaga w pracy na polu filantropijnem), oraz WATRASZEWSKI [za pomyślność Uniwersytetu Dorpackiego, w którym jubilat kończył studia]. Na wszystkie te mowy jubilat odpowiadał, a ze wszystkich Jego przemówień najwięcej zasługuje na uwagę ustęp, w którym mówił o stanowisku, jakie zajęli lekarze w naszym społeczeństwie. „Prawda, powiedział Szanowny Profesor, że stan nasz lekarski nie wydał imion głośniejszych w nauce, że nie przyczynił się tak, jakby tego życzyć sobie można było, do rozniesienia sławy nauki naszej, ale za to w łonie własnego społeczeństwa zajęł stanowisko, na które z prawdziwą dumą spoglądać możemy. Nazwiska lekarzy spotykamy pomiędzy najzasłużeńszymi u nas ludźmi: dość wspomnieć Karola MARCINKOWSKIEGO, Seweryna GAŁĘZOWSKIEGO, Józefa DIETLA i Józefa MAJERA“. Na jedno wszakże zgodzić się nie możemy z Szanownym Jubilatem, a mianowicie, aby stan nasz wraz z całą inteligencją miał być tylko owym „pomostem, spajającym dwie warstwy, które, według słów jubilata, istnieć winny w każdym dobrze uorganizowanym społeczeństwie“, t. j. lud i arystokrację. Lud to wielka potęga ale bezwiedna, to fundament bez którego nie ma budowli, inteligencja to sam gmach do funkcjonowania przeznaczony, a arystokracja to tylko złoćcenia, herby, figury, bez których budynek wybornie stać i funkcjonować może. Bez stanu średniego nie ma narodu, lub co najwyżej istnieje on w stanie utajonym, kiedy zaś bez arystokracji może on istnieć i do wysokiego stopnia dojść rozwoju. Mamy tego dowód na narodzie czeskim, do którego zniemczała arystokracja zgłaszać się zaczęła dopiero wtedy, kiedy całe wspaniałe dzieło odrodzenia już zupełnie niemal było ukończone. Trzeba zrozumieć, że zasługi około rozwoju społeczeństwa nie polegają na ofiarach pieniężnych, ale na ciągłej i wytrwałej pracy, rozumie i tej miłości, które pozwala odczuć każde drgnięcie, każdą potrzebę i ból społeczeństwa. Takimi byli właśnie MARCINKOWSKI, GAŁĘZOWSKI, DIETL i MAJER, a szczególnie też trzej pierwsi, a tacy ludzie to nie prosty łącznik, potrzebny dla należytego funkcjonowania maszyny społecznej, ale to jądro, to jądro jądra, z kąd rozchodzi się impuls i przykład dla innych.

— W szpitalu Dzieciątka Jezus, za staraniem p. Kuratora, urządzono Instytut szczepienia ospy w nowym pomieszczeniu, a mianowicie w budynku przy rogu ulicy Szpitalnej i placu WARECKIEGO. Pomieszczenie składa się z sieni, w której postawiono stół do szczepienia ciałat, z poczekalni zawierającej ławki dla kobiet oczekujących kolei wejścia, wreszcie gabinetu, w którym uskutecznia się samo szczepienie; w dni pogodne kobiety z dziećmi oczekują na podwórzu szpitalnym na ławkach ustawionych wzdłuż klombów zwowych. W ten sposób usunięta została krzyżująca niewłaściwość, dotychczas bowiem matki wraz z dziećmi oczekiwały albo w ciasnej sieni szpitalnej, albo w śmierdzących pokoikach, w których na ławkach pod ścianami siedzą chorzy najrozmaitszego rodzaju, oczekując przyjęcia do szpitala. Gabinet lekarski posiada wszelkie utensylia niezbędne, oraz księgi kontrolowe szczepionych dzieci. Instytut prowadzi D-r POLAK, który również przyczynił się do zmiany dotychczasowego stanu na lepszy.

— W d. 6 b. po publicznem obronieniu rozprawy p. t. „K woprosu o nerwach razzsirajuszczych zraccak u koszki“ tutejszy uniwersytet przyznał stopień doktora medycyny kol. J. PRZYBYLSKIEMU, współwłaścicielowi naszej Gazety.

Dorpat. Na dyrektora tutejszej kliniki terapeutycznej zaproszono prof. WEIL'a z Heidelberga, który miejsce to przyjął.

Porządek dzienny posiedzenia klinicznego Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, odby się mającego w dniu 15 Czerwca 1886, jest następujący:

- 1) Kol. MAYZEL. Sprawozdanie z prac O. BUJWIDA.
- 2) Kol. DUNIN. O stosunku zapalenia opłucnej do grzłicy, a mianowicie do suchot płucnych.
- 3) Kol. SZOKALSKI. Ciekawe spostrzeżenie z dziedziny fizjologii ogólnej.

DO PP. PRENUMERATORÓW.

Upraszamy o wczesne nadsyłanie przedpłaty na II-gie półroczcie r. b., tych zaś Pp. Prenumeratorów, którzy zalegają z opłatą, upraszamy o rychłe uregulowanie rachunków.

Do dzisiejszego N-u Gazety dołącza się bezpłatnie dla wszystkich prenumeratorów Prospekt zakładu Steinerhof.

Wydawca Dr. St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny Dr. Wł. Gajkiewicz.

Доволено Цензурою. Варшава 30 Мая 1886 г.

Друк К. Ковалевського. Крѣвська Nr. 29.