

# GAZETA LEKARSKA.

**Treść.** Prof. IGNACY BARANOWSKI, [z powodu 25-lecia Jego profesorskiej działalności]. — I. Wł. MATLAKOWSKI. Kilka uwag o zmianach, zachodzących w jelicie zaciśniętem w przepuklinach uwięzionych. — II. K. SZADEK. Teoryja wstecznego zarażenia się matki przymiotem od płodu (*Théorie „choc en retour“*). Studium krytyczne [Dalszy ciąg]. — II. Wł. ORZOWSKI. Sprawozdanie z oddziału chirurgicznego mężczyzn w szpitalu Dzieciątka Jezus z 1885 r. [Dalszy ciąg]. — *Korespondencyja*. Paryż. — Wiadomości bieżące. — Nadesłano do Redakcyi. — Do Pp. Prenumeratorów. — Ogłoszenia.

## PROF. IGNACY BARANOWSKI

(z powodu 25-lecia Jego profesorskiej działalności).

Wszystkim, znającym dokładnie stan medycyny u nas, nie obcym jest ogromny wpływ, jaki wywierają na naszych lekarzy profesorowie CHAŁUBIŃSKI i BARANOWSKI, mianowicie też w kierunku leczenia chorób wewnętrznych; można powiedzieć, że cała terapia, praktykowana obecnie w Warszawie, z małemi wyjątkami, jest taką, jaką wprowadzili w użycie obaj wymienieni profesorowie. W istocie prawie że inaczej być nie mogło, że wszystkich bowiem klinicystów terapeutów, od czasu założenia Akademii lekarskiej aż do obecnej chwili, oni jedni mogli wywierać wpływ na swych uczniów i wywierali go też niezaprzeczenie. Zdaje się też, że nie pomylimy się twierdząc, że starsze pokolenie naszych lekarzy, mianowicie wychowane w Akademii i Szkole Głównej, ulegało więcej wpływowi prof. CHAŁUBIŃSKIEGO, kiedy tymczasem na młodsze, kształcące się po 1870 r., więcej oddziaływał prof. BARANOWSKI.

Prof. BARANOWSKI — bo o nim nam wyłącznie mówić tu wypada — brał udział w wychowaniu licznych pokoleń lekarzy, a udział Jego w tej pracy był nie mały i nie ograniczał się bynajmniej do murów uniwersyteckich. Przeciwnie, możemy nawet powiedzieć, że wywiera on znacznie większy wpływ na lekarzy, aniżeli na studentów, wpływ, który, jak to zaznaczyliśmy, uwydatnia się głównie w terapii. Posiadając od lat kilkunastu wyłącznie niemal praktykę konsultacyjną, pozostaje prof. BARANOWSKI w ciągłej styczności z lekarzami nietylko Warszawy ale niemal całego Królestwa; że zaś na każdej konsultacji stara się zawsze obszernie uzasadniać swe rozpoznanie, poglądy patologiczne i leczenie, jest więc każda taka narada rodzajem wykładu klinicznego. Można

też powiedzieć, że oprócz jednej kliniki w szpitalu, prowadzi On drugą na mieście, wprawdzie wobec szczupłego, ale za to lepiej przygotowanego audytoryjum. W pierwszej z tych klinik, cała Jego wiedza i zalety umysłu nie miały dostatecznego pola do uwydatnienia się. Umiejętne badanie chorego jest wprawdzie podstawą należytego rozpoznania ale bądź co bądź dyjagnostyka jest abecadłem lekarskiem, które wymaga od profesora przede wszystkim i głównie pedantyzmu i sumienności. Cała patologija i terapija pozostają tu na uboczu, a więc pojęciami naukowemi słuchaczy kierować jest trudno. Takie ograniczenie pola działalności zmniejsza wprawdzie wpływ profesora na studentów, ale nie zmniejsza bynajmniej jego zasługi; przeciwnie, za jedną z najważniejszych zasług prof. BARANOWSKIEGO uważamy to, że przyzwyczajał i zmuszał swych słuchaczy do systematycznego i sumiennego badania chorych, tak dalece, że to systematyczne badanie stanowi dziś do pewnego stopnia nawet charakterystykę szkoły warszawskiej. Starał się też zawsze wszelkimi siłami prof. BARANOWSKI o wyrobienie tej zalety w studentach; nie tylko prowadził bardzo sumiennie swe wykłady, ale nadto przez kilka lat prowadził sam zajęcia wieczorne, tegoż samego wymagał od swych asystentów, a wreszcie urządzał prywatne wykłady z uroskoppii, mikroskopii, badania chorób nerwowych i t. p. To też profesorska działalność prof. BARANOWSKIEGO, pomimo iż ślady jej nie rzucają się tak jaskrawo w oczy, stanowi bezspornie najpiękniejszą część Jego zasług.

Wpływ na lekarzy, choć rozumie się nie ograniczał się do terapii, w tej jednak gałęzi najbardziej się uwidocznił; wykładać charakterystycznych cech tej terapii nie widzimy potrzeby, każdy bowiem z naszych lekarzy zna ją bardzo dobrze, a większość sama nią się ciągle posługuje. Dotknijmy tu tylko dwóch punktów. W pojęciach swoich o sprawie zapalnej, prof. BARANOWSKI stoi przeważnie na stanowisku teorii VIRCHOW'a: punktem wyjścia zapalenia jest podrażnienie pierwotne tkanek, które dopiero powoduje następczo zwiększony dopływ soków pożywnych, t. j. krwi; tak powstaje przekrwienie czynne, które choć samo jest zjawiskiem wtórnem, dominuje jednak nad całą sprawą zapalną. Ztąd też wypływa wskazanie do użycia środków przeciwzapalnych, szeroko w istocie przez prof. BARANOWSKIEGO i jego szkołę stosowanych, do środków zaś tych, prócz baniek, skaryfikacyj, pijawek, a ewentualnie ogólnych upustów krwi, zalicza jeszcze prof. BARANOWSKI ciepłe okłady oraz rozmaite środki odciągające [wezykatoryje, smarowania jodyną, sublimatem i t. p.], nie w znaczeniu środków działających drogą odruchową, lecz wprost jako krew odciągających. Jeżeli dziś, wobec wykazanej specyficzności wielu bodźców chorobotwórczych, wobec uznania wielu zapaleń miejscowych za wyraz tylko ogólnego cierpienia ustroju, można by się zapytać, czy w istocie przekrwienie odgrywa tak ważną rolę w zapaleniu i czy środkami przeciwzapalnymi tak łatwo usunąć się daje, to natomiast na drugi punkt terapii prof. BARANOWSKIEGO, który tu zaznaczyć chcemy, każdy zgodzić się musi. Mamy tu na myśli staranne doszukiwanie w każdym przypadku, mianowicie też choroby przewlekłej, momentu etyjologicznego, że tak powiemy, ustrojowego, dla terapii osiągalnego. Rozpoznanie cierpienia tego lub owego narządu jeszcze nie wystarcza dla prof. BARANOWSKIEGO; idzie on dalej i pyta się, czy w temperamencie, konstytucyi, przemianie materji, chorobach dawniej przeby-

tych i t. p. nie leży źródło danego cierpienia lub przynajmniej takiego lub owakiego jego przebiegu. To też to, co dla wielu jest tylko chorobą płuc, żołądka lub nerwów, jest dla Niego często tylko objawem ukrytego zбочenia ustrojowego; odnosi się to mianowicie do wielkiej grupy chorób, zależących od zaburzeń w przemianie materii. Przy takim zapatrywaniu się na sprawy chorobowe naturalnym jest, że prof. BARANOWSKI ważne wyznacza miejsce leczeniu higienicznemu; „coraz bardziej, mówił On nam raz, przekonywam się, że leczenie higieniczno-dyjetetyczne stanowi najważniejszą część terapii i dlatego coraz mniej przepisuje lekarstw“.

Już z tego, co powiedzieliśmy, łatwo dojść do przekonania, że terapia prof. BARANOWSKIEGO nie jest bynajmniej czystą empiryją; lekarz, który dla uzasadnienia swego leczenia, schodzi np. do fizjologii i patologii komórki, przecież za grubego empiryka uważanym być nie może. Zresztą empiryja nie zgadza się wcale z charakterem umysłu prof. BARANOWSKIEGO, który mniej jest obserwacyjnym, a więcej refleksyjnym, przytem bardzo subtelnym i wysoko filozoficznie wykształconym. To też terapia prof. BARANOWSKIEGO jest zawsze wyrozumowaną, dedukcyjną, a przytem tak ściśle konsekwentnie wyprowadzoną z pojęć patologicznych, że kto się na nią nie zgadza, musi też odrzucić i pojęcia będące jej źródłem, a kto się na te pojęcia zgodzi, ten do tej samej terapii dojść musi. Być może, że w rękach wielu lekarzy, nie posiadających tego filozoficznego wykształcenia co prof. BARANOWSKI, terapia ta zeszała do rzędu grubej empiryi i szematyzmu, ale to pewna, że źródło jej wcale innym było.

Ogromny wpływ, jaki wywiera na ogół lekarzy, zawdzięcza prof. BARANOWSKI przymiotom swego umysłu, a przedewszystkiem wysokiemu filozoficznemu wykształceniu, niestety coraz rzadziej u naszych lekarzy spotykanemu. Do dziś dnia klasyczne dzieła filozofów, mianowicie też angielskich, stanowią ulubioną Jego lekturę, tak znowu jak dzieła LOTZE'go, HENLE'go, VIRCHOW'a i COHNHEIM'a, które słusznie filozofiją medycyny nazwane być mogą, najmilsze mu są z pomiędzy dzieł treści lekarskiej.

Tym samym też przymiotom zawdzięcza On wysokie stanowisko, jakie zajął w naszym społeczeństwie wogóle. Ludzi, kochających swe społeczeństwo, nie brak nam zapewne, ale ludzi, którzyby odczuwali potrzeby kraju zarówno sercem jak rozumem, którzyby potrzebom tym chcieli i umieli zaradzać — takich mamy bardzo mało, a do nich należy właśnie prof. BARANOWSKI. Zasługi jego na tem polu ocenić należy jest tem trudniej, iż wszystko, co robi, robi bezimiennie i tak cicho, że tylko przypadkowo o Jego zasługach dowiedzieć się można. Głównym celem Jego starań jest szerzenie zdrowej oświaty we wszystkich warstwach społeczeństwa.

Nazwisko Jego spotykamy wpośród wydawców najpoważniejszego u nas pisma historyczno-literackiego, wpośród wydawców dzieł filozoficznych, o ściśle naukowym, pozytywnym kierunku, wreszcie piśmiennictwo lekarskie zawdzięcza Mu przyswojenie dwu dzieł, z wielkim nakładem wydanych. Reporterzy, którzy o każdym tysiącu rubli, ofiarowanym przez uprzywilejowane osoby, na wszystkie strony telegramami obwieszczają światu, zdumieliby się, gdyby im powiedziano, jakie to sumyłoży prof. BARANOWSKI na cele oświaty.

Zasług Jego ua polu filantropii osobistej nikt by wyliczyć nie potrafił, bo nikt ich nawet dokładnie nie zna. Ilu młodym ludziom uratował zdrowie i życie, umożliwiając im wyjazd za granicę, ilu studentom dopomógł do ukończenia studiów, tego nawet obrachować by było niepodobieństwem, tembardziej, że jak zawsze tak i tutaj robi wszystko cicho i w tajemnicy. Nie mówimy już o tem, jak chętnie i na każde zawołanie służy bezinteresownie swą radą; szczególnież też lekarze, nauczyciele i studenci o każdej porze dnia mają do Niego wstęp i rady Jego pewni być mogą.

W osobistych stosunkach jest prof. BARANOWSKI niezmiernie sympatyczny; zawsze wesoły, uśmiechnięty, niesłychanie łagodny i wyrozumiały w sądach o ludziach, odznacza się On przytem w poglądzie swoim na świat pewnym optymizmem, nie tym, który jest następstwem zadowolenia z własnej osoby i obojętności na ludzkie cierpienia i bóle, ale tym, który płynie z sumiennego wypełniania swych obowiązków i głębokiej wiary, że po chwilach cierpień i nieszczęść muszą przyjść inne — lepsze. Jesteśmy przekonani, że zadatki tego lub owego poglądu na świat człowiek przynosi z sobą już gotowe; to też nie mamy prawa zarzutu robić z tego tym, których na widok ludzkich nieszczęść ogarnia zwątpienie i pesymizm, ale to niezawodne, że każdemu społeczeństwu, a naszemu więcej niż innym, życzyć należy jak najwięcej optymistów takich jak prof. BARANOWSKI, których hasłem zdaje się być maksyma: rób coś robić powinien, a reszta sama przyjdzie z siebie.

Obecnie prof. BARANOWSKI, choć w pełni jeszcze energii i siły, zmuszonym został opuścić zajmowane stanowisko profesora; że jednak działalność Jego nie ograniczała się do murów uniwersyteckich, mamy więc prawo spodziewać się, że praca Jego około dobra ogółu jeszcze nie jest skończoną i że do zasług, o których wspomnieliśmy, jeszcze wiele innych dodać będziemy mieli sposobność.

---

## I. KILKA UWAG O ZMIANACH, ZACHODZĄCYCH W JELICIE ZACIŚNIĘTIEM W PRZEPUKLINACH UWIEŻIIONYCH.

Podług odczytu mianego w Warszawskiem Towarzystwie Lekarskiem.

Podał

**Władysław Matlakowski**  
*ordynator szpitala Dzieciątka Jezus.*

---

Szanowni Panowie !

Czy można odprowadzić zaciśniętą kiszkę do jamy otrzewnej, czy nie można — oto jest najważniejsze pytanie, jakie się stawia samo przez się przy każdej herni-jotomii; odpowiedź na nie dać może jedynie jak najdokładniejsze zbadanie stanu uwięzionej części, oraz jak najskrupulatniejsze rozważenie wyników badania, tu można bowiem powiedzieć wazą się losy chorego, jeśli przypomnimy sobie jak

wysoka śmiertelność jest udziałem zarówno operacji odbytu sztucznego, jak i enterotomii i enterorafii. Dlatego też zawsze pouczającym być może zastanowienie się nad zmianami w uwięzionem jelicie. Zapewne długo jeszcze nie będziemy mieli miary, wolnej zupełnie od podmiotowego poglądu operatora, którą byśmy stosować mogli w przypadkach wątpliwych; tymczasem w wielu razach jest to rzeczą osobistego zapatrywania się, czy daną kiszkę odprowadzić jeszcze można, czy już nie; doświadczony klinicysta, który robił hernijotomię secinami, odprowadzi pętlicę bez wahania tam, gdzie inny, mniej doświadczony, uważa za jedyny ratunek wycięcie jej, lub utworzenie sztucznej rzyci; mimo to wszystko dążeniem być musi, o ile możności, zapewnić naszej sztuce wskazówki takie, przy których pomocy i mniej doświadczony, a pilny lekarz mógłby przynieść korzyść choremu taką, jak sławny klinicysta; hernijotomija bowiem jest operacją, obowiązującą każdego lekarza, jeśli ten ostatni ma godnie odpowiedzieć swemu powołaniu. Przypadek zrządził, iż w odstępie prawie tygodniowym robiłem dwie hernijotomije, które mi dały sposobność poczynienia pewnych obserwacyj, któremi chciałbym się z Szanownemi Panami podzielić, tembardziej, że pod tym względem w wybornych nawet podręcznikach znaleźć można zdania albo z gruntu błędne—choć chirurgija rozporządza w zakresie hernijologii ogromnym materiałem klinicznym—albo niezupełnie jasno przedstawione i dobitnie podkreślone.

Trzeba sobie przedewszystkiem uprzytomnić, na co w dawniejszych podręcznikach mniej kładziono nacisku, że zmiany w kiszce zaciśniętej najprzód i głównie są wynikiem zaburzeń w krążeniu, a dopiero następnie rezultatem zamknięcia zawartości kiszkowej. Co do tego drugiego punktu, pojmować go należy w ten sposób, że obecne w zawartości schizomycety przenikają w tkanki, znajdujące się w upośledzonych warunkach odżywiania, szerząc w nich zniszczenie, a potem gnicie, jak to przypuszcza HUETER (↵). KOENIG (⊕), który również uważa to za prawdopodobne, objaśnia działanie pasorzytów znajdujących się w zawartości kiszkowej w ten sposób, że pod wpływem zaburzeń w krwiobiegu następuje pręśnięcie do jamy кишки, odluszczenie nabłonka, poczem grzybki wdają się w tkankę.

Działanie obrączki zaciskającej nie da się, jak to słusznie powiada KOENIG, przyrównać do działania ligatury mocno zawiązanej. Przez obrączkę, nawet przy bardzo obcisłym uwięzieniu, można zawsze wprowadzić do jamy otrzewnej zgłębnik, nóż główkowaty i t. p. Skutkiem tego i przerwa w krwiobiegu nie następuje w jednej chwili i zaburzenia nie zachodzą w tkankach odrazu, lecz zwolna i odpowiednio do stopnia zaciśnięcia, oraz do swojej odporności gatunkowej. Najpierwszym skutkiem nacisku na tkanki i кишки będzie utrudnienie w nich odpływu z żył, podczas gdy krew przez tętnice, przez czas dłuższy lub krótszy—odpowiednio do stopnia zaciśnięcia—będzie jeszcze przypływała. W rezultacie będziemy mieli z a s t ó j żylny coraz większy, d o p ł y w krwi tętnicznej coraz skąpszy, p r z e s i ę k tak do jamy worka przepuklinowego, jak i do światła jelita, w y n a c z y u i e n i a krwi w tkanki кишки z jednej, oraz do jej

↵) Grundriss der Chirurgie. 1881. Tom szczegółowy. str. 524 i 525.

⊕) Lehrbuch der speciellen Chirurgie. 4-e wydanie. T. II. str. 309.

światła i do jamy worka przepuklinowego z drugiej strony, wreszcie obumarcie tkanki, owrzodzenie i ostatni wyraz w tym szeregu: przedziurawienie (*perforatio*).

Objawy makroskopijne, odpowiadające tylko co wymienionym zaburzeniom, są różne, stosownie do natężenia, w każdym wszelako razie są one nader odmienne w dwu miejscach, które od samego początku się wyróżniają w zaciśniętej kiszce.

Pierwsze z tych miejsc znajduje się w jelicie na wysokości zaciśnięcia — nazwane *contour de la portion serrée* przez GOSSELIN'a, *line of stricture* BIRKETT'a, *Schnürungsstelle* KOENIG'a. W tem miejscu, odpowiednio do zaciskającej obrączki, powstaje na elastycznej ścianie kiszki zagłębienie, rowek otaczający pętlicę dookoła, zrazu mało zaznaczony w kształcie płytkiej karby, znikającej po wyswobodzeniu jelita od ucisku; w miarę atoli jak zaciśnięcie się przedłuża i wzmacnia, rowek ten uwydatnia się coraz bardziej i szczególnie uderza w porównaniu do uwięzionej pętlicy, która naodwrot grubieje i nabrzmiewa. Rowek ten odznacza się swoją z początku blado-różową, potem białawo szarą barwą, która w środku rowka, w najgłębszym miejscu jego koryta jest najwyraźniejszą, a w obie strony więcej szarawą, poczem dość ostrą linią odgranicza się od ciemno-sinej, granatowej, lub czarnej barwy uwięzionej części. Rowek ten jest niejednakowo wyrażony naokoło całej pętlicy: podczas gdy na wolnym jej brzegu karba jest najgłębszą, podobną do brzozy między zawojami mózgu, im bliżej brzegu kręzkowego, tem rowek ten staje się płytszym, a w tłuszczu, jaki wypełnia odstęp trójkątny między listkami kręzki rozchodzącemi się na kiszkę przy brzegu kręzkowym, ledwo widoczny jest tylko ślad tego rowka.

Przy dłuższem trwaniu zaciśnięcia następują dalsze zmiany w kiszce w okolicy rowka; ścianka jej w całej rozciągłości jego cienieje: najmniej błona surowicza, która odpornie się zachowuje, choć bezpośrednio wystawiona na ucisk obrączki; odpowiednio do tej ostatniej rozciąga się błona śluzowa, rozstępują się włókna okrężne *tunicae muscularis*, podłużne cienieją, tak, że w rezultacie kiszka jest blizką, że się tak wyrażę, przecięcia. I rzeczywiście przychodzi do tego następującą drogą. Powoli w obrębie rowka dochodzi do rozluźnienia, rozszczepienia oddzielnych warstw ściany jelitowej; jeżeli jelito z takimi zmianami wyjmemy, rozpostrzemy na serwecie i będziemy poruszać, miętosić, próbować odprowadzić, to uważne oko dostrzeże jak *tunica serosa* się marszczy w drobnutki marszczeczki, w których nie biorą udziału wcale pozostałe warstwy; spostrzeże również, że w oczach powstają wynaczynienia tuż pod błoną surowiczą. Jeśli ująć w palce pętlicę w okolicy rowka, to czuć wybornie owo ścięczenie kiszki, a zarazem doznaje się obawy, aby przy manipulacji nie pękła w tem miejscu.

Jeśli zaciśnięcie nie zostanie usunięte, pod wpływem zmian odżywczych, odłuszczenia i maceracji nabłonków, przy współdziałaniu pasorzytów rozpoczyna się destrukcja ściany w obrębie rowka w ogromnej większości przypadków od strony błony śluzowej; owrzodzenie draży ztąd głębiej w *tunicam muscularem*, dochodzi do błony surowiczej, która ostatnia stawia zaporę przedziurawieniu jelita. Tak było w większości obserwowanych przezemnie przypadków. Pozwolę tu sobie przedstawić Szanownym Panom nader poczuający preparat, który zawdzięczam

Sz. Koledze ORŁOWSKIEMU; na tym preparacie możecie Szanowni Panowie naczynie przekonać się lepiej o prawdziwości mojego opisu, a zarazem nabrać wyobrażenia o zachodzących zmianach. Widzimy tu, że wzdłuż rowka ściankę kiszki reprezentuje jedynie sama *tunica serosa*. Wprawdzie na jednym z ramion uwieżnionej pętlicy *contour de la portion serrée* jest zaznaczony zniszczeniem całości błony surowiczej, ja jednak uważam je tu za produkt sztuczny, powstały podczas samej operacji przy manipulacjach z pętlką, o czym świadczą zbyt ostre brzegi *solutionis continuitatis*. Na to, że ostatnią ulega zniszczeniu błona surowicza, zgadzają się wszyscy autorowie; jednakowoż bywają rzadkie przypadki, w których porządek zniszczenia jest odwrotny, jak to widzieli CLOQUET, HUGUIER, MORTE +); dla tych przypadków jedynie stosownym jest porównanie przez KOENIG'a tego procesu do *decubitus*. KOENIG powiada: „odpowiednio do pewnego odcinka zaciskającej obrączki, tworzy się na pętlcy wążki, żółty rowek, który zamienia się na wrzód. Ten ostatni może zwolna przejść na wewnątrz na wewnętrzne części ściany kiszkowej i stać się dziurawącym. Przynajmniej nie jest prawdopodobnym, żeby i tu owrzdzenie skuteczniało się z wewnątrz ku zewnątrz“ [l. c. str. 310]. Tymczasem BIRKETT ⊕) wyraźnie powiada: „w przypadkach, gdzie kiszka posiada głęboką bródzję lub rowek na powierzchni surowiczej, bez żadnego obtarcia lub zeskrobania na tej ostatniej, można widzieć, iż błona śluzowa jest owrzdzoną w linii odpowiadającej części bezpośrednio objętej przez czynnik zaciskający“. NICAISE, który napisał osobną pracę o zmianach w kiszce uwieżnionej, przedstawia rzecz zgodnie z większością autorów. Tak samo mówi BRYANT √). NÉLATON ⊞) pisze: „otrzewna opiera się; błona śluzowa jest przecięta; czasami owrzdzenie jest znaczniejsze, to jest, przeszło na błonę mięsną; czasami i „błona włóknista“ oraz otrzewna są zmniejszone. Rzadko owrzdzenie postępuje z otrzewnej na części głębsze“.

Owrzdzenie, a zatem przedziurawienie najczęściej istnieje w pewnym tylko odcinku rowka, bliżej brzegu wolnego kiszki; czasami kiszka przerżniętą jest dookoła wzdłuż bródzji zaciśnięcia z wyjątkiem brzegu kręzkowego. Do tego przerżnięcia przyczynia się niewątpliwie ciśnienie, jakie panuje w jamie uwieżnionej pętlcy, które dobrze uzmysławia rysunek podawany do teorii zaciśnięcia według BUSCH'a; pod wpływem tego ciśnienia ściana kiszki się rozciąga i w najsłabszym miejscu, t. j. w okolicy rowka, gdzie jest owrzdzenie, przerywa się.

Zmiany, tylko co opisane, spostrzegamy na obu końcach pętlcy uwieżnionej, t. j. tak od strony kiszki odprowadzającej, jak i od strony kiszki doprowadzającej. Czasami atoli rowek bywa zaznaczony wyraźniej z jednej strony pętlcy, niż z drugiej, a owrzdzenie i przedziurawienie widzimy także na tej stronie. BIRKETT przypuszcza [l. c. 678], że to zdarza się na ramieniu doprowadzającym skutkiem ciśnienia rozciągniętej nadmiernie kiszki doprowadzającej. Ja wyraźniejszy rowek widziałem po stronie kiszki odprowadzającej; i zdawałoby się,

+ ) U FOLLIN'a w *Traité élémentaire de pathologie externe*. 1881. Tom VI. str. 48.

⊕) *A system of surgery* Holmes. 1870. T. IV. str. 678.

√) *A manual for the practice of Surgery*. 1879. T. I. str. 655.

⊞) *Éléments de pathologie chirurgicale*. 1857. T. IV. str. 247.



wnosząc z rysunków, podawanych przez autorów do objaśnienia teorii zaciśnięcia według LOSSEN'a, że po tej stronie częściej by się zdarzać powinien. Być atoli może, że cała rzecz zależy od tego, która kiszka, odprowadzająca czy doprowadzająca, jest w zetknięciu z ostrzejszym a twardym sierpem obrączki zaciskającej „*vive arête*“ CHASSAIGNAC'a, przez którą załamuje się pętlica (*étrangement par brusque coudure, Knickung*).

Rowek strangulacyjny niejednakowo wyrażony jest we wszystkich przepuklinach: jest on tem mocniejszy im ostrzejsza i twardsza jest krawędź obrączki zaciskającej; dla tego też najczęściej widziałem go przy przepuklinach udowych, przy których wiąż GIMBERNAT'a stanowi właśnie ową krawędź. BRYANT podaje, że owrzodzenie w brózdzie strangulacyjnej najczęściej bywa w pachwinowej, chociaż sama brózda zdarza się równie często tak w tej, jak i w przepuklinie udowej.

Zmiany, tylko co opisane, zachodzą szybko, tak, że sama pętlica uwięziona może jeszcze być zdolną do odzycia po odprowadzeniu, gdy tymczasem w brózdzie strangulacyjnej znajduje się zgorzel, owrzodzenie, lub przedziurawienie, ztąd wypływa ważna wskazówka praktyczna: o b e j r z e ć j a k n a j t r o s k l i w i e j rowek strangulacyjny na kiszce, zanim się ją odprowadzi do jamy otrzewnej.

Znacznie odmienne zmiany spostrzegamy na samej pętlicy zaciśniętej, w granicach od jednej brózdki strangulacyjnej do drugiej.

Pierwszem następstwem nacisku na kiszkę w okolicy obrączki, jakieśmy to już powiedzieli, jest utrudnienie z jej żył odpływu krwi. Można doświadczenie to zrobić przy każdej hernijotomii: wystarcza po odprowadzeniu pętlicy uwięzionej, wyciągnąć pierwszą lepszą pętlicę zdrową i potrzymać ją czas pewien na zewnątrz; zaraz spostrzega się drzewkowate nastrzyknięcie naczyń, zrazu grubszych, potem cieńszych; w miarę tego nastrzyknięcia cała kiszka mocniej różowieje i staje się ciemniejszą. Przy zaciśnięciu kiszka coraz bardziej ciemnieje, z różowej staje się jednostajnie ciemno sinawą, ciemno-fioletową, ciemno-granatową, wreszcie czarniawą. W późniejszym okresie jednostajne zabarwienie kiszki ustępuje miejsca pstremu: tworzą się na ciemno-fioletowem tle s z a r e p l a m y mniejsze i większe, ostro odgraniczone, z brzegiem zatokowatym; czarny kolor przechodzi w brudno-popielatawy.

P o w i e r z h n i a surowicza, która prawidłowo jest lśniąca, traci swój połysk, staje się jakby zlekka kutnerowatą; bardzo często pokrytą jest nitkami włóknika, po starciu którego łatwo krwawi; w innych razach świeżym wysiękiem sklejona jest z workiem przepuklinowym.

J ę d r n o ś ć ścianki jelita zrazu się powiększa: zamiast prawidłowej delikatnej miękkości i elastyczności, skutkiem nacieczenia tkanek, znajdujemy, że ścianka jest jakby mocniejszą, jędrniejszą, jakby mięsistą, odporniejszą na ucisk; ta jędrność wzrasta, jelito jest jakby skórzastej konsystencji; grubość ścianki skutkiem obrzęku, wynaczynień i wysięku w tkanki staje się większa. Pętlica zaciśnięta wypełniona jest gazami i płynem, a ścianka napięta. Jeśli pętlicę w tym okresie uwolnić od zaciśnięcia i wydobyć na ręcznik całą z obu kiszkami



do- i odprowadzającą, to spostrzegamy, że kiszka zachowuje kształt cylindryczny, pomarszczony w grube fałdy.

Stopniowo atoli jędrność się zmniejsza; ścianka staje się miękkawą i flakowatą, traci prawidłową odporność żywej tkanki, teraz flakowate miejsca zapadają się i pływają na płynie zawartym w świetle kiszki, a za lada trząśnięciem i naciśnięciem na kiszkę w jednym miejscu drżą i unoszą się jak błonka na rozlanem jaj; są to najczęściej te wysepki, które mają barwę szarawą, popielatą. Powierzchnia kiszki już nie jest obecnie gładka, widać w ścianie zakłębione, zapadnięte miejsca.

Jeżeli rozpatrywać preparaty pętlic wyciętych przy hernijotomii, to przekonujemy się, że błona śluzowa jest ciemno krwisto czerwona, rozpulchniona, jakby wymacerowana; w innych razach na powierzchni jej widać rozrzucone wysepki nalotu krupowego, większe i mniejsze, z brzegiem wyraźnym. W grubości ścianki kiszki wyczuwamy palcem zgrubienia ograniczone, okrągławe, które na przekroju okazują się jako wylewy krwi rozmaitej wielkości, od ziarna grochu do rozmiarów piątki; znajdują się one w rozmaitych warstwach ściany kiszkowej, podsurowicze można rozpoznać po ciemniejszym zabarwieniu otrzewnej nad nimi. Zmiany w kiszce i wynacznieniu spotykamy nietylko w pętlicy uwięzionej, lecz i w kiszce doprowadzającej i to nieraz w znacznej od miejsca zaciśnięcia odległości. Takie same zmiany w kiszce spostrzegał KOCHER przy swoich doświadczeniach na żywych zwierzętach ♂): przekonał się on mianowicie, że pod wpływem rozciągania ścian kiszki przez powiększoną zawartość następuje przekrwienie żyłne tak znaczne, że prowadzi do rozerwania naczyń, do wylewów krwi w ściankę oraz do światła jelita, przyczem zwiększa się ilość wydzieliny śluzowej i surowiczego przesięku, które jeszcze bardziej powiększają ciśnienie i rozciągnięcie kiszki. Obok tych zmian w krążeniu przekonał się KOCHER, że rozciągnięcie *resp.* rozdęcie jelita do pewnego stopnia i na pewien czas wystarcza do całkowitego zniszczenia kurczliwości kiszki, rezultatem czego jest powstrzymanie ruchu zawartości kiszkowej.

Ostatnim objawem zaburzeń tylko co opisanych jest owrzodzenie i przedziurawienie ściany jelita, nad którymi zatrzymywać się nie mam zamiaru, przy nich bowiem postępowanie chirurgiczne jest jasno wskazane, ja tymczasem miałem na uwadze głównie przypadki, w których może zachodzić wątpliwość, co do żywotności kiszki.

Przy rozstrzygnięciu pytania, czy kiszkę odprowadzić można, czy nie, powinniśmy opierać się na wszystkich danych, jakich nam dostarczyło zbadanie części uwięzionej. Zdarza się spostrzegać, że sam ciemnofioletowy, lub czarny kolor jelita sprowadza wątpliwość w operującym co do możliwości odprowadzenia, tembardziej, że znaleźć można zdania u autorów stwierdzające podobne obawy o stan kiszki. HUETER powiada: „Bei schwärzlicher Färbung der Darmwand, auch wenn dieselbe nur einen kleinen Theil der Darmwand betrifft, muss die Reposition der Darmschlinge in die Bauchhöhle unterlassen werden“ [l. c. str. 530]; to samo powtarza na str. 535. Przeciw temu powiedzieć można, że barwa ciemno-fiole-

♂) Die Lehre von der Brucheinklemmung. Deutsche Zeitschrift f. Chir. T. VIII. s. 350—374.

towa, ciemno-granatowa, czarna, nie jest jeszcze oznaką zgorzeli, podobnie jak i brak połysku na powierzchni surowiczej uwięzionej pętlicy. Na to szczególny nacisk kładą niektórzy autorowie: NÉLATON powiada: „*La teinte violacée, livide de l'intestin, n'est pas, comme on l'avait pensé, un des signes de la mortification*“ [l. c. str. 281]. Jeszcze wyraźniej zaznacza to B. SCHMIDT: „*Die Darmschlinge wird bei jedem Grade der Hyperaemie, mag sie ihm eine hochrothe, oder schwarzothe, blau-braune, chocolate-ähnliche Färbung verleihen, reponirt werden dürfen*“ [l. c. str. 232], oraz FOLIN: „*La coloration foncée de l'anse intestinale, cette couleur feuille-morte que l'on a considéré à tort comme caractérisant la gangrène, ne doivent point empêcher de réduire*“ [l. c. str. 119]. Podobnie wyraża się KOENIG: „*Der Darm kann blau, schwarzothe, haemorrhagisch aussehen und sich doch erholen*“ [str. 347 l. c.].

Lecz jeżeli kiszka po iada barwę marmurkową, gdy na ciemno fioletowem czarnem tle, istnieją wysepki szare, szarozółte, szarozielonkawe, brudnoczarne, ziemiste, gdy jednocześnie ścianka jest flakowata, cienka, gdy przy nacisku i poruszaniu pewne miejsca ścianki unoszą się na kształt baniek i w tejże chwili bezwładnie opadają, gdy ścianka posiada miejsca takie, które utraciły wszelką sprężystość i pływają na zawartości kiszki jak rozmoczona bibuła, wreszcie gdy cała pętlica uwięziona jest ochlapła, opadnięta, słowem jeśli kiszka uległa zgorzeli, ale jeszcze jest zamkniętą, t. j. nie ma przedziurawienia, wtedy należy stanowczo zaniechać odprowadzenia. [D. n.]

## II. TEORYJA WSTECZNEGO ZARAŻENIA SIĘ MATKI PRZYMIOTEM OD PŁODU

(*Théorie „choc en retour”*).

STUDYJUM KRYTYCZNE,

opracował

**D-r Karol Szadek** [z Kijowa].

[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 22].

Rozpatrując 10 nowych przypadków, podanych przez HUTCHINSON'a <sup>130)</sup> w r. 1876, musimy przyjść do wniosku, iż nie są one wcale przekonywającemi, ponieważ w żadnym z nich nie można wyłączyć możliwości zarażenia bezpośredniego; matki podlegały obserwacji dopiero od chwili gdy wystąpiły u nich objawy ogólne, brak danych o ich uprzednim stanie zdrowia; anamneza zaś jest zebrań nadzwyczaj niedokładnie, tak, że wedle wyrażenia się samego HUTCHINSON'a, często trzeba było wierzyć im na słowo [!].

<sup>131)</sup> Annales de dermatologie. 1877. p. 161—181.

Z 24 przypadków, ogłoszonych przez DIDAY'a w r. 1877<sup>131)</sup>, 17 stanowią jego własne obserwacje, 7 zaś spostrzeżeń należy do innych autorów [CEYKA, COUTURIER, DELORE, GAILLETON, RODET i TRÉLAT, o których to przypadkach mówiliśmy już powyżej]. We wszystkich u matek, zapłodnionych przez syfili-tyków, występowały podczas ciąży rozmaite objawy przymiotu, należące do okresu lepieży; w jednym przymiot ujawnił się w drugim miesiącu ciąży, po poronieniu; w pozostałych zaś między 20 a 150 dniem od poczęcia. Ze względu na niedostateczność danych o uprzednim zdrowiu chorych [anamneza opierała się w większości przypadków jedynie na opowiadaniu chorych], nie możemy wyłączyć możliwości, iż przedtem chore te mogły przechodzić pierwotne, a nawet i późniejsze objawy przymiotu, które łatwo bardzo mogły być niedostrzeżone. Prócz tego w żadnym spostrzeżeniu nie przytoczono przekonujących dowodów, iż zarażenie przymiotem nastąpiło po poczęciu, nie zaś przedtem; odnosi się ten zarzut szczególnie do tych przypadków, w których ogólne objawy przymiotu występowały w 2-ich pierwszych miesiącach ciąży [7 przypadków DIDAY'a i przypadek RODER'a]. Niektóre przypadki są zupełnie wątpliwe, z powodu niedokładnego rozpoznania przymiotu u płodu; w razach tych zanotowano, iż następowało poronienie, ale płód nie był badany i nie wyjaśniono, czy przedstawiał objawy przymiotu; w takim razie nie może być mowy o zarażeniu się matki od płodu [w przypadku DIDAY'a, oraz przypadki DELORE'a, COUTURIER'a, RODER'a, TRÉLAT'a]; w dwu przypadkach losy płodu są zupełnie niewiadome [IV i X przypadek DIDAY]; za to w jednym przypadku powiedziano, że płód urodzony był zupełnie zdrow i nie przedstawiał żadnych objawów przymiotu [!] [III przypadek DIDAY'a]. W jednym przypadku nastąpiło poronienie, ale wcale nie powiedziano, czy płód był zarażony, u matki zaś nie spostrzegano wcale objawów przymiotu.

Tak więc, na 24 przypadki, ogłoszone przez DIDAY'a w r. 1877, znajduje się 20 zupełnie nie dowiedzionych ze względu na niedokładność anamnezy i na wątpliwość rozpoznania, pochodzenia więc przymiotu u matki nie można w tych przypadkach objaśniać zarażeniem się jej od płodu

Badając pozostałe 4 przypadki, w których dzieci urodzone przedstawiały objawy przymiotu, widzimy, że i te przypadki nie mogą służyć za dowody niewątpliwe. W jednym z nich u płodu prócz bąblicy (*pemphigus*) nie obserwowano innych objawów przymiotu [II przyp. DIDAY]. W pozostałych przypadkach były inne objawy niewątpliwego przymiotu u płodów; ale za to nie wykluczono możności zarażenia się matki inną drogą. W jednym z nich [IX przypadek DIDAY'a] niepodobna przypuścić, iżby matka zaraziła się od płodu, gdyż już w 21 dni po poczęciu obserwowano u niej *plaques muqueuses* na częściach płciowych, a z pewnością przypuścić można, iż istniały one znacznie dawniej. Zupełnie więc uprawnieni jesteśmy przyjąć, iż w tym razie kobieta owa zaraziła się wprost od męża, u którego w tymże czasie istniały guziczki (*papulae mucosae*) na nabłonku żołądka. Można też przypuścić, że guziczki, obserwowane na błonie śluzowej części rodnym owej kobiety, w 21 dni po poczęciu, były pierwotnym objawem

<sup>130)</sup> Med. Times and Gaz. 1877. March. 24.

przymiotu, lub też powrotem już raz przebytej choroby. W pozostałych 2-ch przypadkach [XIII i XIV] nie ma danych, na mocy których moglibyśmy przyjąć, iż obserwowane u matek objawy przymiotu są rzeczywiście objawami pierwotnymi.

Zestawiając wszystko, co było wyżej powiedziane odnośnie do przypadków ogłoszonych przez DIDAY'a w r. 1877, widzimy, że ani jeden z pomiędzy nich nie jest dostatecznie przekonywającym. Przeciwno zdaniu wypowiedzianemu przez DIDAY'a, iż brak objawów pierwotnych przymiotu u obserwowanych matek był konstatowany przez biegłych klinicystów, można zauważyć, że klinicyści owi szukali śladów stwardnienia pierwotnego wtedy, gdy mogło ono zniknąć już zupełnie. Pomimo jednak wątpliwości dowodów, DIDAY przyjmuje bez wahania, iż istnieje sposób przenoszenia przymiotu od ojca przez płód na matkę: „*la syphilis, qui va du père à la mère par le fœtus*“<sup>132)</sup>.

Takież same zarzuty postawić można spostrzeżeniom FOURNIER'a<sup>133)</sup>; we wszystkich przypadkach opisanych przez niego, krótko i niedokładnie, odrzuca on możliwość istnienia uprzednio objawów pierwotnych jedynie na mocy danych ujemnych przy badaniu obiektywnem, dokonywanem już po wystąpieniu objawów ogólnych, w jednym zaś przypadku brak zupełnie objawów przymiotu u płodu<sup>134)</sup>.

Przypadek APOLANT'a<sup>135)</sup> wcale nie jest przekonywającym, gdyż u matki nie było wcale objawów przymiotu; chociaż urodziła ona dziecię przymiotowe, a mąż jej nie przedstawiał objawów przymiotu [?]. Autor objaśnia ten przypadek zagadkowy tem, że pierwszy jej mąż chorował na przymiot i zaraził ją za pośrednictwem płodu, którego był ojcem.

LUTAUD<sup>136)</sup> opisał przypadek, w którym 27-o letnia panna, pochodząca z bardzo szanownej rodziny, i z pewnością nie chora przedtem na przymiot, wyszła za mąż za młodego człowieka, który na dwa lata przed ożenieniem się miał twardego szankra, a po ślubie miał objawy trzeciorderne. W 6-ym miesiącu ciąży wystąpiły u niej guziczki na błonie śluzowej około stolca, a na ciele widać było plamki różyczki; w 8-ym miesiącu urodziło się dziecię niedouoszone, z rozmaitemi oznakami przymiotu, i wkrótce potem [8-go dnia] zmarło. Według zdania autora przymiot matki był w tym razie pochodzenia łożyskowego; jednakowoż można to podać w wątpliwość, gdyż — jakkolwiek sam LUTAUD powiada, że u męża istniały: „*des accidents tertiaires*“ i że były: „*non contagieuses*“ — przymiot u niego był pochodzenia niezbyt dawnego [dwa lata] i mógł znajdować się jeszcze w okresie zaraźliwości; nie można więc wykluczyć możliwości zarażenia się bez-

<sup>132)</sup> l. c. p. 161.

<sup>133)</sup> Syphilis et mariage. Paris 1880. obs. VI. p. 747, obs. XVII p. 248 — 249, obs. XVIII. pag. 249.

<sup>134)</sup> l. c. obs. XVII p. 248—249.

<sup>135)</sup> APOLANT. Über die Übertragbarkeit der Syphilis von dem Kinde auf die Mutter. [Berl. klin. Woeh. 1886. 6].

<sup>136)</sup> LUTAUD. Transmission de la syphilis par la voie placentaire [France Médicale 1882. 6].

pośredniego, a prócz tego w całym opisie brak danych, na mocy których można by wyłączyć obecność u matki objawu pierwotnego, który mógł być przeoczonym.

Przypadki przytoczone w podręczniku ZEISSL'a <sup>137)</sup> także nie mogą służyć za dowody niezbite: w obu przypadkach pierwotny objaw mógł być nie dostrzeżonym, chociaż ZEISSL zapewnia, iż chore były prawie codziennie badane <sup>138)</sup>, czemu jednak trudno dać wiarę [jak słusznie zauważył KASSOWITZ w swej ostatniej pracy o przymiocie dziedzicznym]. W jednym przypadku, pewna pani urodziła dwoje dzieci przymiotowych i do połowy drugiej ciąży nie przedstawiała żadnych objawów przymiotu, z wyjątkiem wypadania włosów; wtedy dopiero zauważono u niej łuszczycę na dłoniach (*psoriasis palmaris*). W drugim przypadku u matki, która urodziła dziecię przymiotowe, wystąpiła w końcu ciąży wysypka plamisto-guziczkowa oraz łuszczyca na dłoniach <sup>139)</sup>.

Wreszcie trzy przypadki, podane przez ENGEL'a <sup>140)</sup>, także niczego nie dowodzą, gdyż w trzech opisanych matek [które urodziły dzieci przymiotowe] wcale nie było objawów przymiotu; nie można bowiem za takowe uznać bólów w mięśniach, nerwach i kościach, objawy te bowiem wcale nie są charakterystyczne dla przymiotu. Pomimo to ENGEL zapewnia, iż od tych kobiet zarazili się akuszerowie, którzy je badali (?). Takie zarażanie się akuszerów jest bardzo nieprawdopodobnem, mogli się oni bowiem zarazić gdzieindziej, jednakowoż chociażbyśmy przyjęli, iż u matek istniał przymiot ukryty, to nie mamy żadnego dowodu, iżby był im udzielony przez płody, a nie zwykłą drogą, przynajmniej ENGEL takich dowodów nie przytacza. Przypadki FORSTER'a <sup>141)</sup> także nie zawierają danych, pozwalających wykluczyć u matek istnienie przymiotu pierwotnego, a prócz tego nie ma też w opisie przytoczonych danych, iż płody, które miały nibyto zarażać swe matki, przedstawiały objawy przymiotu. [D. c. n.]

### III. SPRAWOZDANIE

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

podał

**D r Władysław Orłowski,**

starszy ordynator tegoż szpitala.

[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 22].

3) *Hernia inguino-scrotalis sinistra incarcerata. Herniotomia.* Dura Stanisław, wychowaniec szpitalny, wieku lat 8. Do szpitala przybył dnia 7. IV. Po zbadaniu chorego okazała się przepuklina pachwino-mosznowa lewej strony, wielkości indyczego jaja, zaciśnięta. Stoleców chory nie miał od dni 3-ch, wymioty od

<sup>137)</sup> H. und Max ZEISSL. Lehrbuch der Syphilis. IV Aufl. Erlangen. 1882.

<sup>138)</sup> p. 631—632.

<sup>139)</sup> p. 632.

<sup>140)</sup> Journal of obstetrics. Octobr. 1882.

<sup>141)</sup> Lancet 1883. 9 Aug. II. p. 233.



24 godzin. Stan ogólny dobry. Początku przepukliny, w jaki sposób powstała chory nie umie określić.

Dnia 8. IV. wykonano operację krwawą. Po otwarciu worka przepuklinowego znaleziono znaczną ilość płynu, dosyć długą pętlicę kiszki cienkiej i niewielki kawałek sieci. Kiszkę odprowadzono wraz z siecią, worek zaś przepuklinowy po oddzieleniu go wycięto, otwór pozostały zszyto za pomocą katgut. Gojenie rany postępowało nader powolnie, chory pozostawał do dnia 9. VI., wyszedł uleczoney i zaopatrzony w odpowiedni bandaż.

4) *Hernia inguinalis dextra incarcerata. Herniotomia.*

Twarowski Jan rzemieślnik, wieku lat 32. Do szpitala przybył d. 16. XII. Przy badaniu chorego okazała się z prawej strony, w miejscu odpowiadającym otworowi zewnętrznemu kanału pachwinowego, niewielkiej objętości przepuklina. Wypróżnień stolcowych nie było od dni kilku, od dni zaś dwóch uporczywe wymioty, brzuch wzdęty, język podsycający, tętno drobne około 100. Chory uskarżał się na ból mocny w okolicy pępkowej i poniżej na prawo. Wobec wskazań tych, przystąpiliśmy tegoż dnia do wykonania operacji. Przechodząc warstwami, stopniowo doszliśmy do mocno naprężonego worka przepuklinowego, wielkości orzecha włoskiego. Worek przecięto, z otworu wypłynęła znaczna ilość ropy gęstej, cuchnącej; w worku nie znaleziono żadnej innej zawartości, ściany jego były grube, od zewnątrz około 5—6 mm. grubości, worek był ślepy, ze wszystkich stron wyraźnie odgraniczonym. Tym więc sposobem mieliśmy prawdopodobnie do czynienia z zarośniętym i w skutek zapalenia znacznie zmienionym workiem przepuklinowym. Stan chorego dnia następnego był zadawalniającym, w nocy spał, bólów żadnych, brzuch mniej wzdęty, wypróżnień stolcowych nie było, lecz odeszła znaczna ilość gazów.

Przy zmianie opatrunku okazała się ogromna ilość ropy zapachu kałowego. Dnia 18. XII. ilość ropy znaczna, lecz daleko mniej cuchnąca. Stan ogólny chorego dobry. Wypróżnień stolca nie było do dnia 27. XII., nastąpiły zaś nader obfite, dopiero po zastosowaniu ławatyw HEGAR'a. Chory pozostawał w oddziale do dnia 29. I. r. b. i tranzlokowanym był, z powodu uporczywego zaparcia stolca do oddziału wewnętrznego z raną operacyjną zupełnie zagojoną.

2) P r z e t o k i k a ł o w e.

Chory 1, wyzdrowiał 1.

1) *Fistulae stercorales. Enteroraphia.*

Pietraszewski Antoni, włościanin, wieku lat 45. Do szpitala przybył dnia 20. III. Po zbadaniu chorego okazało się: od lat kilku dotkniętym był przepukliną z prawej strony, lecz jakiego rodzaju była przepuklina, biodrowa lub pachwinowa, nic wywnioskować niepodobna. Przed rokiem wystąpiły objawy zaciśnięcia przepukliny, chory pozostawał bez żadnej pomocy lekarskiej i jak opowiada, przeleżał w łóżku kilka tygodni, następnie stopniowo się poprawiał, rany które powstały na skórze podczas tej choroby pozabliźniały się, pozostały tylko przetoki, z których wraz z ropą bez przerwy wydzielał się kał, co i zmusiło chorego do przybycia na kurację. Chory nieco osłabiony, uskarża się na częsty brak apetytu, i nieprawidłowe trawienie. Na ciał powyżej prawego więzła POUFART'a, znajdujemy bliźnę, równoległą od więzła, długości około 2 cali. Poni-

żej tegoż więzu na biodrze, w odległości około cala, dwie drugie blizny, okrągławe, każda wielkości prawie 5-u groszy. W górnej części worka mosznowego, poczynając na  $1\frac{1}{2}$  cala od otworu zewnętrznego kanału pachwinowego, w niedalekiej od siebie odległości, trzy przetoki, z których umiejscowiona najbardziej na zewnątrz, prowadzi w kierunku więzu POUPART'a, dwie drugie, bardziej powierchowne, w kierunku kanału pachwinowego, wszystkie przy badaniu zgłębnikiem, łączą się z sobą w głębi tkanek. Z przetok ciągła wydzielina ropy z kałem, ilość którego bywa niekiedy bardzo znaczną. Dnia 18. IV. przystąpiłem do wykonania operacji: na zgłębniku rowkowym przeciąłem wszystkie przetoki, następnie posuwając się w kierunku i powyżej więzu POUPART'a, stopniowo doszedłem do ogniska wielkości orzecha laskowego, w którym odnalazłem otwór w przyrośniętej ze wszech stron kiszce cienkiej, wielkości ziarnka grochu. Kiszczę oddzieliłem, o ile to było możebnem, od części otaczających, i następnie po okrwawieniu brzegów owrzodzenia, nałożyłem w kierunku podłużnym sześć szwów LEMBERT'a z Katgut. Po oczyszczeniu pola operacyjnego, obciąłem twarde, zmienione brzegi skóry, i zbliżyłem za pomocą zwyczajnych przerywanych szwów, pozostawiając sączek w kierunku zszytej kiszki. Gojenie rany postępowało nader pomyślnie, w wydzielinie ropnej od chwili wykonania operacji, ani razu nie dostrzeżono kału, wypróżnienia stolca odbywały się prawidłowo i wogóle stan chorego już po kilkunastu dniach był najzupełniej zadawalniającym. W szpitalu pozostawał do dnia 30. V., wyszedł z raną zagojoną.

3) N i e d r o ż n o ś ć k i s z e k (*ocelusio intestinorum*).

Chorych 2, umarło 2.

† 1. *Ocelusio intestinorum. Laparotomia.*

Stępniewski Franciszek, włościanin, wieku lat 40. Do szpitala przybył dnia 24. I., z objawami zupełnego zaparcia stolca i pomieszczonym był w jednym z oddziałów wewnętrznych. Dnia 31. I. tranzlokowano go do oddziału chirurgicznego. Kolega MATLAKOWSKI, zastępujący mnie czasowo w oddziale, po zbadaniu chorego, zdecydował się na rozcięcie brzucha. Przed rozpoczęciem operacji stwierdzono na linii środkowej, na parę cali powyżej pępka, guz wielkości małej pomarańczy. Podczas operacji przekonano się, iż guz był przepukliną, wytworzoną przez przeistoczoną sieć, przyrośniętą mocno do worka przepuklinowego. Przyczyny niedrożności kiszek nie udało się wykryć i z tego powodu utworzono sztuczny otwór stolcowy. Chory w kilkanaście godzin po operacji zakończył życie.

† 2. Iziunkin Siemion lat 50.

*Ocelusio intestinorum. Agonisans.* Przybył i umarł dnia 24. VIII. Tranzlokowany z oddziału wewnętrznego.

† 3. Szczepański Maryjan lat 50.

*Hernia inguino-scrotalis sinistra incarcerata. Agonisans.* Przybył i umarł dnia 6. IX.

## VII. Narządy moczowe.

Chorych 30, wyzdrowiało 12, niezupełnie uleczonych 11, umarło 4, pozostało 3.

a) Zapalenia przewlekłe.

Chorych 20, wyzdrowiało 4, niezupełnie uleczonych 9, umarło 4, pozostało 3.

† 1. Kamiński Wawrzyniec lat 52.

*Cystitis chronica. Phthisis pulmonum.* Przybył 31. I. umarł 6. III.

† 2. Szymczak Jan lat 36.

*Cystitis chronica. Periproctitis.* Przybył d. 1. II. umarł 15. IV.

† 3. Jastrzębski Ignacy lat 73.

*Cystitis chronica, atonia vesicae, hypertrophia prostatae.* Przybył dnia 17. III. umarł 24. IV.

† 4. Dzimasz Józef, lat 76.

*Strictura urethrae Gangraena scroti.* Przybył d. 3. XII. umarł d. 11. XII.

b) Nowotwory.

Chorych 1, nieuleczony 1.

Chory z objawami nowotworu pęcherza moczowego, po kilku dniach pobytu, na żądanie własne wyszedł nieuleczony.

c) Różne choroby.

Chorych 6, wyzdrowiało 5, niezupełnie uleczonych 1.

1) Zwężenie cewki moczowej.

Chorych 3, wyzdrowiało 3.

*Strictura urethrae. Uretrotomia interna.*

Bortnowski Aleksander wyrobnik, wieku lat 30. Do szpitala przybył dnia 20. V. Przy badaniu chorego okazało się zwężenie cewki moczowej, zajmujące znaczną przestrzeń zaraz w części łódkowatej. Chory oddawał mocz nadzwyczaj cienkim strumieniem, częściej kroplami, przez zwężenie z trudnością przechodziła świeczka N. 3. Choroba trwa od roku, powstała według słów chorego stopniowo, bez żadnej widocznej przyczyny, na rzerzączkę nie chorował nigdy. Dnia 23. V. wykonałem przecięcie cewki moczowej wewnętrzne, za pomocą narzędzia MAISONNEUV'a. Chory pozostawał w szpitalu do dnia 13. VI. wyszedł w stanie zupełnie zadawalniającym, przyuczony do metodycznego wprowadzania świeczek.

Przecięcie cewki moczowej wewnętrzne wykonano również z powodzeniem u dwóch innych chorych, u których jednak, ze względu na umiejscowienie choroby i na przebieg pooperacyjny, nie było nic godnego uwagi.

2) Zatrzymanie moczu, przekłucie pęcherza moczowego.

Chory 1, wyzdrowiał 1.

1) *Retentio urinae. Punctio vesicae urinariae.*

Angielewski Feliks wyrobnik, wieku lat 72 Do szpitala przybył dnia 20. X. Przy badaniu chorego okazało się od 2 dni istniejące zupełne zatrzymanie moczu Z kanału moczowego znaczny krwotok. Przyczyną krwotoku były niepomysłne i uporczywe próby, opróżnienia pęcherza za pomocą metalowego cewnika. Wprowadzenie cewnika już po przybyciu chorego do szpitala, okazało się nadzwyczaj utrudnionem, z kanału bowiem za najmniejszym poruszeniem narzędzia, broczyła krew, chory z powodu strasznych bólów był nadzwyczaj niespokojnym. Postanowiłem przekłuć pęcherz za pomocą przyrządu POTAIN'a. Na drugi dzień



stan chorego był zadawalniający, do pęcherza wprowadzono bez żadnej przeszkody zwyczajny miękki cewnik, krwawienie z kanału ustało, chociaż jeszcze niezupełnie. Przyczyną zatrzymania moczu było osłabienie pęcherza (*atonía vesicae*). Chory pozostawał w szpitalu do dnia 4. XI., wyszedł mając sobie zaleconem każdodziennie systematyczne wprowadzanie cewnika.

3) K a m i e ń p ę c h e r z a m o c z o w e g o .

Chory 1, wyzdrowiał 1.

1) *Calculus vesicae urinariae. Sectio hypogastrica.*

Kowalski Antoni wyrobnik, wieku lat 24. Do szpitala przybył dnia 24. IX. Przy badaniu chorego w pęcherzu moczowym okazał się kamień twardy, znacznej objętości. Dnia 2. X. zastępujący mnie w oddziale dr. KRAJEWSKI wykonał cięcie nadłonowe. Rana pęcherza nie była zszyta, natomiast pozostawionym był w pęcherzu gruby podwójny sączonek. Stan ogólny chorego podczas całej kuracji nie pozostawał nic do życzenia, gojenie jednak rany operacyjnej było dosyć powolnem. Chory pozostawał w szpitalu do dnia 26. XI. wyszedł z raną zagojoną. Kamień wydobyty podczas operacji był wielkości jaja kurzego, dosyć twardy, szczegóły bliższe dotyczące składu kamienia nie są mi znane.

4) C i a ł o o b c e w p ę c h e r z u m o c z o w y m .

Chory 1, wyzdrowiał 1.

1) *Corpus alienum in vesica urinaria, strictura urethrae. Urethrotomia interna. Sectio hypogastrica.*

May Maurycy kupiec, wieku lat 56. Do szpitala przybył dnia 27. IV. Przy badaniu chorego okazało się: Przed dwoma laty, z powodu zwężenia, wykonano mu przecięcie cewki moczowej wewnętrzne, następnie zaś zalecono systematyczne wprowadzanie świeczek. W miesiący kilka, objawy uporczywego niezytu pęcherza i niedokładne wypróżnianie moczu spowodowały, iż choremu zalecono każdodziennie jednorazowe wprowadzanie cewnika i przepłukiwanie pęcherza. Stan chorego polepszył się znacznie, w miarę jednak polepszenia, chory zaniedbywał wykonanie zaleconych mu środków. Przed paru miesiącami czując się znacznie gorzej, rozpoczął znowu płukanie pęcherza, używając do tego starych przegniłych cewników, które coraz trudniej przechodziły do pęcherza. Dnia 26. IV., wprowadzenie cewnika było nader utrudnionem, w końcu cewnik się złamał i prawie  $\frac{1}{4}$  część pozostała w cewce, następnie zaś stopniowo przesunęła się do pęcherza. Do chorego wprawdzie byłem wezwany tegoż dnia, lecz próby wydobywania odłamanej części nie doprowadziły do zamierzonego celu, każdorazowo bowiem, chwycony przez narzędzie cewnik odrywał się, pozbawiając tym sposobem możności wydobywania, tkwiącego głęboko w cewce całego odłamka.

Chory przybył do szpitala. Przy badaniu dnia następnego za pomocą cienkiego metalowego cewnika, w cewce moczowej nie wykryłem już ciała obcego, chory był niespokojny, noc przepędził bezsennie, mocz oddawał często, z bólem w niewielkiej ilości. Cewnik N. 12 z powodu zwężenia z trudnością przechodził do pęcherza. Dnia 12. V. wykonałem przecięcie cewki moczowej wewnętrzne, za pomocą uretrotomu MAISONNUEV'a. Dnia 26. V., próbowałem zbadać pęcherz za pomocą endoskopu, lecz z powodu wydłużenia cewki, jak to ma miejsce przy przeroście gruczołu krokowego, zwykły endoskop GRUENFELD'a okazał się za

krótkim. Również niepomysłne były próby użycia przyrządu COLLIN'a do wydobycia ciał obcych, dwa razy odcięto tylko drobne kawałki cewnika. Chory był nadzwyczaj osłabiony, w moczu osad ze znaczną ilością ropy. Dnia 29. V. wykonałem cięcie nadłonowe, na ranę pęcherza nałożyłem szew z cienkiego jedwabiu *en piquée entrecoupée*. Brzezi przeciętej ściany brzusznej, zbliżyłem za pomocą zwykłych przerywanych szwów, w dolnym końcu pozostawiając sączek, sięgający po za spojenie łonowe, w pęcherzu zaś cewnik NÉLATON'a. Wydobyty podczas operacji odłamek cewnika, długości  $3\frac{1}{2}$  cali, pokryty był dosyć grubą już warstwą fosforanów, z odłamkiem usunięto jednocześnie znaczną ilość tychże fosforanów, tworzących kamyki miękkie, pod naciskiem palców się rozpadające. Gojenie rany operacyjnej, pomimo ogólnego osłabienia chorego, postępowało pomyślnie, wydzielina ropna przez sączek była nader ograniczoną, przez ranę, ani przez sączek nie przechodziła ani jedna kropla moczu. Cewnik w pęcherzu pozostawał do dnia 5. VI., następnie zaś wprowadzonym był tylko dla dokładnego opróżnienia i płukania pęcherza po parę razy dziennie. Chory pozostawał w szpitalu do dnia 22. VI., wyszedł z małą przetoką przy dolnym kącie rany brzusznej, wydzielina z przetoki była bardzo ograniczoną. Choremu ze względu na ogólne osłabienie, chroniczny katar oskrzeli, rozedmę płuc, zadawniony katar żołądka i kiszek, zalecono dłuższy pobyt na wsi i odpowiednie zachowanie się. Widziałem go w parę miesięcy później, stan ogólny poprawił się znacznie, przetoka w dolnym kącie zablizniła się zupełnie, lecz natomiast powstała druga, w samym środku blizny, sięgająca dosyć głęboko w kierunku spojenia łonowego.

### VIII. N a r z ą d y p ł c i o w e.

Chorych 18, wyzdrowiało 6, niezupełnie uleczonych 12.

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

Chorych 2, wyzdrowiał 1, niezupełnie uleczony 1.

1) *Contusio scroti*.

Kucielski Jan rzemieślnik, wieku lat 51. Do szpitala przybył dnia 16. V. Po zbadaniu chorego okazało się: od lat dawnych dotkniętym był żylakami prawego sznurka nasiennego (*varicocele dextra*), na które jednak nie leczył się, a nawet nigdy nikogo się nie radził. Na dwa dni przed wejściem do szpitala, przechodząc przez ulicę, uderzonym był w mosznę przez biegnącego chłopca, który w chwili uderzenia, padając sam, obalił i chorego. Uderzenie spowodowało mocny ból i obrzmienie worka mosznowego. Moszna przy badaniu okazała się powiększoną do rozmiarów główki dwuletniego dziecka, zasinioną, twardą, lecz nie bolesną, skóra mocno naprężoną. Stan ogólny był dobry, bezgorączkowy. Przy zastosowaniu zimnych lodowych okładów, stopniowo zmniejszała się objętość worka, chory wyszedł dnia 21. VI., niemal zupełnie uleczony i przy najszczegółowszym badaniu, nie można było dostrzedz nawet śladu wzmiankowanych powyżej żylaków.

b) Z a p a l e n i a p r z e w l e k ł e.

Chorych 8, wyzdrowiało 2, niezupełnie uleczonych 6.

U dwóch chorych z puchliną pochwy jądrowej (*hydrocele*), wykonano z powodzeniem przekłucie trójkątnym i następnie zastrzyknięcie nalewki jodowej.

c) N o w o t w o r y.

Chorych 2, wyzdrowiał 1, nieuleczony 1.

1) *Carcinoma penis, amputatio penis.*

Wasilewski Józef włościanin, wieku lat 48. Do szpitala przybył dnia 28. III. Po zbadaniu chorego okazał się rak prącia, który zniszczył całą główkę i przeszedł na ciała jamiste. Gruczoły chłonne pachwinowe wyraźnie nie powiększone. Początek choroby, według słów chorego, datuje od kilku miesięcy. Dnia 4. IV.. wykonano odjęcie prącia na granicy tylnej trzeciej części, narzędziem ostrem według zasad Guyon'a. Chory wyszedł dnia 27. IV. z raną pooperacyjną prawie zupełnie zagojoną. Nieuleczony wyszedł drugi chory, również z rakiem prącia, u którego, z powodu zajęcia gruczołów chłonnych i znacznych zniszczeń, operacja nie mogła być wykonaną.

d) R ó ż n e c h o r o b y.

Chory 1, wyzdrowiał 1.

1) *Gangraena penis acutissima, gangrène foudroyante de la verge.*

Swogorzewski Michał krawiec, wieku lat 32. Do szpitala przybył dnia 28. III. Chory, z wrodzoną stulejką, dotąd nie przechodził żadnych ważniejszych chorób, od roku nie miał zupełnie stosunków płciowych; dnia 14. III., zauważył na brzegu wolnym napletka, z lewej strony małą plamkę, jak się wyraża strupek, wielkości główki szpilki. Do objawów miejscowych dołączyło się wkrótce, powiększenie wydzielania śliny i przykry zapach z ust. Chory udał się z prośbą o pomoc do kolegi, zajmującego się wyłącznie leczeniem chorób narządów moczopłciowych, który zalecił na strupek odpowiednią maść i płukanie ust roztworem nadmanganianu potasu. Pomimo zaleconych środków, plamka na napletku zaczęła się powiększać z nadwyzajną szybkością, tak, iż wkrótce niemal cały napletek, a stopniowo i żołądź. przeszły w zgorzel, co było powodem przybycia chorego do szpitala. Przy badaniu prącia okazało się, iż niemal trzecia część przednia prącia zniszczoną już była przez zgorzel, która od części zdrowych dotąd nie była jeszcze odgraniczoną. Mocz, podczas oddawania go, przesączał się przez liczne otwory. Otworu cewki moczowej zewnętrznego odnaleźć nie podobna było. Gruczoły chłonne w obu pachwinach nieco powiększone. W jamie ustnej na dziąsłach powierzchowne owrzodzenia, z lewej zaś strony owrzodzenia te przechodziły na podniebienie twarde i tu były nawet nieco głębsze, zęby w skutek częstego płukania nadmanganianem potasu, pokryte obfitą czarną masą, niektóre z nich chwiały się. Chory osłabiony, tętno słabe, nieco przyspieszone. Dnia 6. IV. oddzieliła się zniszczona przez zgorzel niemal połowa prącia.

Dnia 9. IV. powstało mocne krwawienie z tętniczek ciał jamistych, dnia zaś 10. IV.. obfity krwotok z owrzodzeń na podniebieniu twardem. Od dnia dopiero następnego datuje właściwie stopniowe i widoczne polepszanie się ogólnego stanu chorego, który pozostawał w szpitalu do dnia 28. IV., opuścił go zdrów niemal zupełnie, z raną miejscową na prąciu niezupełnie jeszcze zagojoną, nie chcąc poddać się operacji, wskazanej w celu uprzedzenia bliznowatego zwięzienia otworu zewnętrznego cewki moczowej. Uwagi bardziej szczegółowe, do-

tyczące rozwoju i przebiegu choroby, zamieściłem w „Gazecie Lekarskiej“ N. 32 1885 r.

### IX. Miednica, lędźwie.

Chorych 66, wyzdrowiało 37, niezupełnie uleczonych 22, umarł 1, pozostało 6.

a) Zapalenia przewlekłe.

Chorych 16, wyzdrowiało 5, niezupełnie uleczonych 7, umarł 1, pozostało 3. † 1. Domański Paweł, lat 14.

*Abscessus iliacus. Psoriasis.* Przybył d. 18. XII. 1884 r. umarł 5. III.

b) Nowotwory.

Chorych 14, wyzdrowiało 10, nieuleczonych 4.

1) *Fibroma circa orificium ani.*

Woliński Józef włościanin, wieku lat 59. Do szpitala przybył dnia 3. IX. Przy badaniu chorego okazało się: w samym otworze stolcowym, na brzegu przednim, guz wielkości małego jajka, formy eliptycznej, wydłużony, twardy, niebolesny, osadzony na szypułce, mającej około 1. ctm. w obwodzie. w zwykłym swem położeniu, guz przylegał do otworu stolcowego w ten sposób, iż go pokrywał zupełnie. Przy wypróżnieniach stolca chory nie doznawał żadnego bólu, twierdził tylko, iż w ostatnich czasach, guz przeszkadzał niekiedy odejściu kału. Jak dawno guz powstał, chory nie umie dokładnie określić. Dnia 4. IX. wyciąłem go cięciem kolistem, krwawienie podczas operacji było dosyć mocne i wymagało podwiązania jednego większego naczynia. Chory wyszedł dnia 16. IX. z raną zagojoną. Badanie guza wykazało budowę włókniaka.

U dziewięciu chorych wykonano z powodzeniem wycięcie powiększonych, przeistoczonych gruczołów chłonnych pachwinowych i udowych. Rany operacyjne dochodziły często do znacznych rozmiarów i samo wykonanie operacji było niekiedy bardzo mozolnem.

W liczbie czterech nieuleczonych było 2-ch chorych z rakiem odbytnicy, którzy z powodu ogromnego zniszczenia kiszki, zajęcia gruczołów chłonnych i ogólnego osłabienia nie mogli być poddani operacji, i jeden chory, operowany w oddziale, również z powodu raka odbytnicy wr. 1884, a który w r. b. dwa razy z powrotem był w szpitalu z odrodzonym nowotworem, prosząc o pomoc operacyjną.

c) Różne choroby.

Chorych 10, wyzdrowiało 5, niezupełnie uleczonych 3: pozostało 2. Przetok stolcowych, mniej lub więcej zaniedbanych, w ciągu roku operowano ośm, pięciu chorych wyszło z ranami pooperacyjnymi zupełnie zagojonymi, dwóch z niezupełnie, u obu były wyraźne objawy chronicznego zapalenia płuc, jeden chory pozostał na rok bieżący.

### X. Kończyny górne.

Chorych 92, wyzdrowiało 45, niezupełnie uleczonych 36, umarł 1, pozostało 10.

a) Uszkodzenia.



Chorych 57, wyzdrowiało 32, niezupełnie uleczonych 20, pozostało 5. Zwichnięcie kości ramieniowej, dwa, oba podkurcze, chorzy po nastawieniu w kilka tygodni wyszli w stanie zadawalniającym. Zasługuje oprócz tego na uwagę chory Keller Juljan, tkacz, wieku lat 44, który przybył do szpitala 19. III, w dwa tygodnie po upadnięciu i twierdził, iż zwichnął prawą kość ramieniową, która natychmiast przez felczera nastawioną była. Objętość stawu łopatko-ramieniowego okazała się znacznie powiększoną, zaokrągloną, ruchy czynne i bierne bolesne, przy ruchach obrotowych można było wyczuć dosyć wyraźne głębokie chrzęszczenie, Przypuszczaliśmy złamanie szyjki łopatki, jedno z najrzadszych powikłań zwichnięcie kości ramieniowej. Chory wyszedł na ządanie na drugi dzień po przybyciu.

*Luxatio radio-carpalis posterior.*

Trzcziński Jan. Uczeń wieku lat 14. Do szpitala przybył na poradę dnia 22. X. Po zbadaniu chorego okazało się zwichnięcie w stawie przedramiennopięstkowym lewym ku tyłowi. Brzeg górny napięstka wyczuwało się najdokładniej na powierzchni tylnej przedramienia, gdy końce dolne przedramienia tworzyły wyniosłość od przodu w miejscu odpowiadającym pierwszemu szeregowi kości napięstka. Oprócz zmian tych zwracało uwagę wyraźne położenie nawrotne kości przedramienia. Ręka cała nieco zgięta, chory podtrzymywał ją drugą zdrową. Chory na  $\frac{1}{2}$  godziny przed przybyciem do szpitala, przeskakując przez ławkę, upadł na dłoń. Dokładne zbadanie stosunków kości było nadzwyczaj ułatwionem z powodu braku obrzmienia części miękkich. Nastawienie zwichnięcia dokonaliśmy po uspieniu chorego chloroformem, przez wyciąganie i jednoczesny ucisk na koniec dolny w kierunku ku tyłowi i ku górze kości promieniowej. Przedramię i ręka po wykonaniu operacji unieruchomione były na odpowiedniej deszczulce. Widziałem chorego we dwa tygodnie później, i w okolicy stawu nie znalazłem żadnych widocznych zmian, zaleciłem jednak unieruchomienie na dłuższy jeszcze przeciąg czasu,

Złamań prostych kości 9, a mianowicie: złamanie obojczyka 2, kości ramieniowej 4, promieniowej 1, łokciowej 2.

Złamań powikłanych ranami części miękkich, zmiążdżeń, 12, a mianowicie: zmiążdżenie ramienia lub prawie całej kończyny górnej [kolej żelazna, maszyny fabryczne] 3. Złamanie z odłamkami i ranami części miękkich obu kości przedramienia [maszyna fabryczna] 1. Zmiążdżenie całej ręki [kolej żelazna, maszyny fabryczne, wybuch prochu] 3. Złamania kości ręki z ranami części miękkich [młockarnie, maszyny fabryczne] 3. Złamanie kości małego palca powikłane raną części miękkich [maszyna] 1. Uszkodzenia powyżej wyszczególnione wymagały wykonania następujących operacji: wyłuszczenie ramienia 3, odjęcie przedramienia 3, wyłuszczenie ręki 1, wyłuszczenia trzech palców 1, trzech palców z wypilowaniem dwóch kości dłoniowych 1, wyłuszczenia jednego palca 3.

Chorzy wszyscy po operacjach szczęśliwie uleczeni byli, w oddziale pozostaje dotąd jeden, po wyłuszczeniu ramienia z raną operacyjną dotąd jeszcze niezagojoną. Zasługuje na uwagę chory, ukąszony w mały palec ręki przez swego kolegę; ukąszenie było tak gwałtownem, iż spowodowało głęboką ranę części miękkich z otwarciem stawu i uszkodzeniem kłykcia pierwszego członka palca.

Chory przybył zaniedbany, z raną zanieczyszczoną; w skutek czego wyluszczone mały palec.

1. *Conquassatio brachii sinistri. Exarticulatio brachii.*

Kronkiewicz Jacenty. Robotnik kolei żelaznej, wieku lat 29. Dnia 26. I. upadł pod koło przechodzącego wagonu i wkrótce przywiezionym był do szpitala. Po zbadaniu chorego okazało się zmiążdżenie lewego ramienia i stawu łokciowego: skóra, mięśnie zniszczone były na znacznej przestrzeni. Dnia 27. I. wykonano wyluszczenie kończyny w stawie barko-ramieniowym, cięciem *en raquette*. Chory wyszedł dnia 24. IV. z raną operacyjną zupełnie zagojoną.

2. *Conquassatio brachii et antibrachii sinistri. Exarticulatio brachii.*

Smoliński Jan. Robotnik. wieku lat 50. Do szpitala przybył dnia 26. X. Przy badaniu chorego okazało się zmiążdżenie lewego ramienia i przedramienia; uszkodzenia spowodowane były przez nieostrożne zachowanie się chorego przy pracy, kończyna bowiem, jak to niestety zdarza się często, porwaną była pomiędzy pasy koła maszyny parowej w cukrowni. Dnia 27. X. wykonałem wyluszczenie w stawie barko-ramieniowym cięciem *en raquette*. Początkowo stan chorego był zadawalniający, rana goiła się prawie na całej przestrzeni, pozostawały jednak dwie przetoki w górnym i dolnym kątach, do przetok następnie przyłączył się ropień na wewnątrz od blizny. W początku Lutego r. b. przeciąłem ropień i po dokonaniu cięć w kierunku przetok doszedłem do obnażonej i zmienionej powierzchni stawowej łopatki. Zmienioną część kości usunąłem z możliwą dokładnością za pomocą dłuta i mocnej łyżeczki. Obecnie stan chorego jest dobrym, rany goją się, ropienie niewielkie i jest nadzieja pomyślnego zagojenia.

3. *Conquassatio brachii et antibrachii dextri. Exarticulatio brachii.*

Staszewski Paweł. Robotnik, wieku lat 40. Do szpitala przybył dnia 27. X. Przy badaniu chorego okazało się: chory bladej, na pytania z trudnością odpowiada, tętno zaledwie wymagalne, prawa górna kończyna zmiążdżona i w górnej połowie ramienia skręcona około swej osi, wisi na niewielkim kawałku skóry. Odłamki górnej części kości ramieniowej sterczą przez rany na zewnątrz. Okolice obojczykowa i barkowa sine, tworzą ogromnej wielkości guz, który powstał w skutek znacznego wynaczynienia krwi, okoliczność ta nadzwyczaj utrudniała dokładne zbadanie kości wchodzących w skład barku. Chory na kilka godzin przed przybyciem do szpitala upadł na kolei, pod koło przechodzącej lokomotywy. Ograniczyłem się na odcięciu wiszącej części kończyny i na podwiązaniu z trudnością odnalezioną tętnicy ramiennej. Na pozostałą część kończyny nałożono najstarszy opatrunek przeciwnalny. Powoli, stopniowo polepszał się stan ogólny chorego, zmniejszyło się o wiele i obrzmienie barku. Dnia 10. XI. wykonałem wyluszczenie w stawie barko-ramieniowym, korzystając, dla wytworzenia płatów o ile się dało, z pozostałej skóry i części miękkich. Chory pozostawał w szpitalu do dnia 30. I. r. b., wyszedł z raną operacyjną zagojoną na całej przestrzeni, od dołu tylko pozostała przetoka w kierunku powierzchni stawowej łopatki.

b) Zapalenia ostre.

Chorych 17; wyzdrowiało 8, niezupełnie uleczonych 7, pozostało 2. W trzech przypadkach z powodu zaniedbanych zastrzałów (*panaritium*) z obnażeniem kości i otwarciem stawów, wykonanem było wyłuszczenie pojedynczych palców.

c) Zapalenia przewlekłe.

Chorych 10, wyzdrowiał 1, niezupełnie uleczonych 6, umarł 1, pozostało 2.

1. *Tendo-vaginitis purulenta. Incisio. Excochleatio.*

Kulesza Jan, ksiądz, wieku lat 65. Do szpitala przybył dnia 1. VII. Przy badaniu chorego okazało się: ruchy w stawie nadgarstko-promieniowym lewym nadzwyczaj ograniczone, z powodu unieruchomienia stawu, zajętego przez chroniczny proces zapalny, od roku już istniejący. Na ręce, na powierzchni tylnej w kierunku ścięgien mięśni wyprostnych palca średniego i czwartego, guzowatość formy podłużnej, w niektórych miejscach szerokości około cala, wyraźnie odgraniczona, rozpoczynająca się na cal powyżej stawów palcodołoniowych i dochodząca prawie do okolicy stawu nadgarstko-promieniowego. Chełbotanie wyraźne, bóle niewielkie, guzowatość ta powstała stopniowo bez żadnych widocznych przyczyn, w ciągu ostatnich dziesięciu tygodni. Chory osłabiony, uskarżał się na dokuczliwy kaszel, trwający od lat już kilkunastu. Dnia 4. VII wykonałem podłużne cięcie na przestrzeni całej guzowatości i po opróżnieniu ropy, ściany jamy starannie łyżeczką wyskrobałem. Chory pozostawał do dnia 7. VIII, wyszedł z raną zupełnie zagojoną. Objawy cierpienia stawu pozostały prawie bez zmiany.

† 1. Nowicki Jan lat 39. *Phthisis pulmonum, fistulae post phlegmone brachii.* przybył dnia 13. IX r 1884 umarł 25. IV 1885.

d) Nowotwory.

Chorych 3, wyzdrowiał 1, niezupełnie uleczony 1, pozostał 1.

1. *Lipoma brachii. Excirpatio.*

Łoski Wojciech, włościanin wieku lat 66. Do szpitala przybył dnia 4. V. Przy badaniu chorego okazało się: na prawem ramieniu guz, obejmujący całą niemal okolicę przednio-wewnętrzzną ramienia i przechodzący na przedramię. Guz ruchomy, zwieszający się, twarde, skóra go pokrywająca w niektórych miejscach cienka, przeświecająca, guz istnieje od 26 lat. Dnia 9. V. wycięto guz cięciem eliptycznym, które zastosowano w celu usunięcia zmienionej, zcieńczonej skóry. Chory wyszedł dnia 8. VI. z raną zupełnie zagojoną. Badanie guza wykazało budowę tłuszczaka, waga którego dochodziła do siedmiu funtów.

2. *Osteo-carcinoma humeri. Exarticulatio brachii.*

Ruszczyński Szymon, włościanin, wieku lat 74. Do szpitala przybył dnia 11. VIII. Przy badaniu chorego okazało się: na prawem ramieniu w okolicy przednio-górnej, guz twarde, rozlany, wielkości pięści, sięgający w głąb do kości, z którą ściśle był połączonym, na powierzchni guza owrzodzenie na przestrzeni □ cala, przez które zgłębnik wchodził w zmienioną, gdzieśgdyś miękkawą kość. W okolicy podpachowej tejże strony, powiększone gruczoły chłonne tworzyły drugi guz twarde, ruchomy, wielkości pomarańczy, który wypełniał całą okolicę podpachową i przechodził na podobojczykową. Chory skarżył się na mocne peryjodycznie powtarzające się bóle, które dręczyły go niekiedy po godzin

kilka, w nocy zaś odejmowały sen. Stan ogólny jednak chorego był dobry, odżywianie niezłe, pomimo, iż jak twierdził, choroba trwała około dwóch lat.

Dnia 14 VIII przystąpiłem do wyluszczenia ramienia. Przedewszystkiem wyciąłem guz z okolicy podpachowej, następnie zaś po uprzednim podwiązaniu tętnicy pachowej, wyluszczyłem ramię cięciem nieco zmienionem *en raquette*. Krwotok podczas operacyj był nadzwyczaj niewielki. Chory wyszedł dnia 26. IX. z raną operacyjną niezupełnie jeszcze zagojoną, pozostała przetoka w kierunku powierzchni stawowej łopatki. Badany guz wykazał budowę raka, punktem wyjścia którego była okostna, nowotwor zniszczył kość na znacznej już przestrzeni.

Zamieszczony w rubryce chorych na rok 1866, dotkniętym był nowotworem łopatki, prawdopodobnie mięsakiem (*osteosarcoma*), dochodzącym do ogromnych rozmiarów. Chory był nadzwyczaj wyniszczonym, z tych więc powodów nie mógł być poddanym operacji.

c) R ó ż n e c h o r o b y.

Chorych 5. wyzdrowiało 3, niezupełnie uleczonych 2.

1. *Caries humeri dextri post amputationem. Reamputatio.*

Kmoczya Jakób, włościanin wieku lat 22. Do szpitala przybył dnia 3. VI. Przy badaniu chorego okazało się: przed paru miesiącami, z powodu próchnienia kości w stawie łokciowym, odjęto mu w klinice szpitalnej prawe ramię w środkowej części. Rana operacyjna z powodu dalszego próchnienia kości pozostała dotąd jeszcze niezagojoną. W obu płucach u wierzchołków niewielkie ogniska zapalne, chory osłabiony. Dnia 12. VI., wypilowałem części kości na przestrzeni około 3 cali, wyciąłem również zmienione, bliznowate części miękkie. Dnia 18. VI. z powodu ciągłego krwawienia rany i niemożności odszukania krwawiącego naczynia, podwiązałem tętnicę pachową, w okolicy podpachowej. Chory wyszedł dnia 31. VII z raną operacyjną zupełnie zagojoną.

## XI Kończy:ny dolne.

Chorych 227, wyzdrowiało 89, niezupełnie uleczonych 97, umarło 14, pozostało 27.

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

Chorych 89, wyzdrowiało 39, niezupełnie uleczonych 39, umarł 1, pozostało 10.

Zasługuje na uwagę ranny odłamkiem szkła stłuczonej butelki w goleń, powyżej kostki wewnętrznej, u którego szkło przecięło tętnicę piszczelową tylną. Oba końce tętnicy, po wykonaniu odpowiedniego cięcia, były podwiązane. Chory w 3 tygodnie wyszedł z raną zupełnie zagojoną.

Złamań kości 29, a mianowicie,

- 1) Złamania proste kości udowej . . . . . 2.
- 2) „ z odłamkami „ . . . . . 2.
- 3) „ szyjki kości udowej . . . . . 4.

[trzech chorych wyszło na żądanie niezupełnie uleczonych].

- 4) Zaniedbane rzepekki . . . . . 1,  
[chory wyszedł niezupełnie uleczony].



- 5) Złamania proste obu kości goleni . . . . . 8.  
[dwóch chorych wyszło niezupełnie uleczonych].
- 6) Złamania powikłane raną części miękkich obu kości goleni . 6.  
[jeden chory wyszedł niezupełnie uleczony].
- 7) Złamania strzałki . . . . . 3.
- 8) " " powikłane raną części miękkich . . . . . 1.
- 9) Zmiażdżenie goleni . . . . . 1.
- 10) Zmiażdżenie palucha . . . . . 1.

Uszkodzenia te zmusiły do wykonania ważniejszych następujących operacyj.

1. U chorego zamieszczonego pod rubrykę zmiążdżenia goleni, wykonano odjęcie uda. Chory przejechany był przez wagon kolei konnej.

2. U chorego ze zmiążdżeniem palucha stopy przez odłam żelaza, wyłuszczone paluch.

3. *Fractura complicata ossium cruris dextri et sinistri. Amputatio femoris duplex.*

Kłos Franciszek. Robotnik wieku lat 50. Do szpitala przybył dnia 9. X. Przy badaniu chorego okazało się zgruchotanie z obszerną raną części miękkich lewej goleni, złamanie z odłamkami ukośne kości prawej goleni. Stłuczenie w okolicy stawu nadgarstko-promieniowego prawego. Chory porwany był w fabryce papieru: przez pasy koła maszyny parowej. Dniu 16. X. wykonaniem było w dolnej połowie odjęcie lewego uda, następnie zaś z powodu znacznego ropienia w prawej goleni, odjęcie prawego uda, również w dolnej połowie. Chory pozostawał w szpitalu do dnia 12. I. r. b. wyszedł z ranami operacyjnymi zupełnie zagojonemi.

4. *Vulnus sclopetarium cruris dextri cum fractura fibulae.*

Terapontow Mateusz, robotnik z fortów, wieku lat 29. Do szpitala przybył dnia 14. VI. Przy badaniu chorego okazało się: w dzień przybycia do szpitala, idąc w kilku przez pola, znaleźli leżący granat i podrzucając go w celu rozrywki spowodowali wybuch. Odłamki granata zraniły czterech ludzi, których natychmiast odwieziono do szpitala. Jeden z rannych, z powodu ciężkich uszkodzeń ciała, przeważnie kończyn dolnych, wkrótce zmarł, u dwóch innych uszkodzenia były lżejsze, ograniczały się do części miękkich i ci po paru tygodniach wyszli zupełnie uleczeni. Rany Terapontowa wymagały kuracji o wiele dłuższej. W okolicy przednio-zewnętrznej prawej goleni, prawie na granicy dolnej trzeciej części, znaleźliśmy ranę, formy nieprawidłowej, drażącą w głąb w przestrzeń międzykostną ku tyłowi, gdzie pod skórą wyczuć można było wyraźnie odłamek granatu. Dla wydobycia odłamka wykonano natychmiast podłużne cięcie; badanie dalsze wykazało zranienie tętnicy piszczelowej przedniej, której oba końce wypadło podwiązać, kość piszczelowa obnażoną była od zewnątrz na znacznej przestrzeni, strzałka złamaną. Jednocześnie z odłamkiem granatu, wydobyto niewielki odłamek prawdopodobnie strzałki, wydobyta część granatu, formy nieprawidłowej, więcej wydłużona, grubości około cala, w kierunku podłużnym, dochodziła do dwóch cali. Niezależnie od rany opisanej, u chorego znaleziono jeszcze stłuczenie i powierzchowne małoznaczne uszkodze-

nie skóry lewej goleni. Gojenie rany postępowało nader powoli, chory był ciągle osłabiony, co parę tygodni gorączkował, uskarżał się na bóle w całej kończynie, chociaż wygląd rany był wcale niezły, ropienie niewielkie. W drugiej połowie Października, po dreszczach, gorączce, wystąpiły objawy róży, która stopniowo się posuwając przeszła na udo. Po róży, w okolicy dolnej zewnętrznej uda, wytworzył się ropień, który przecięto. W miesiącach Grudniu i Styczniu z rany postrzałowej odeszło kilka drobnych martwaków kostnych. W końcu dopiero Stycznia rany postrzałowa i operacyjna zabiłżniły się zupełnie. Stan ogólny chorego poprawił się znacznie. Chory wyszedł dnia 14. II r. b. z nader ograniczonym zeszczywnieniem w stawie golenio-stopowym, powstałem w skutek długotrwałego unieruchomienia kończyny.

† 1. Fidajew Tymoteusz, lat 21. *Vulnura scolopetaria extremitatum*, przypadkowe pęknięcie granata, przybył dnia 21 VI. umarł dnia 24. VI.

b) Zapalenia ostre.

Chorych 51, wyzdrowiało 27, niezupełnie uleczonych 13, umarło 5, pozostało 6. Odjęcie uda wykonanem było u chorego, który przybył do oddziału z ostrem ropnem zapaleniem stawu kolanowego, spowodowanem przez ranę siekierą, rana była drążącą do stawu. Chory pozostawał przez długi przeciąg czasu bez żadnej pomocy lekarskiej, utrzymanie kończyny okazało się już niemożliwym. Rana operacyjna w kilka tygodni zagoiła się zupełnie.

† 1. Gałęcki Feliks, lat 30.

*Phlegmone diffusum cruris et femoris dextri, septicaemia*. Przybył dnia 15. XI. r. 1884, umarł d. 21. III.

† 2. Gureczyński Wawrzyniec lat 61.

*Phlegmone pedis et cruris dextri. Septicaemia*. Przybył dnia 23 II, umarł d. 26. II.

† 3. Cele Mateusz lat 40.

*Phlegmone diffusum cruris dextri. Septicaemia*. Przybył dnia 6. IV. umarł d. 19. IV.

† 4. Kniecicki Walenty, lat 40.

*Phlegmone diffusum femoris sinistri. Septicaemia*. Przybył dnia 23. VIII. umarł 25 VIII.

† 5. Wojtała Łukasz, lat 28.

*Phlegmone cruris dextri. Malaria*. Przybył dnia 11. I. umarł d. 1. III.

c) Zapalenia przewlekłe.

Chorych 68, wyzdrowiało 15, niezupełnie uleczonych 37, umarło 5, pozostało 11.

1. *Gonitis tuberculosa. Amputatio femoris*.

Kowalski Józef, włościanin, wieku lat 14. Do szpitala przybył dnia 11. VII. r. 1884, początkowo pozostawał w oddziale klinicznym, zkął w lecie 1885 r. tranzlokowanym był do oddziału chirurgicznego. Przy badaniu chorego okazało się: objętość stawu kolanowego znacznie powiększona, na około stawu kilka przetok, prowadzących do zniszczonych i zmienionych na znacznej przestrzeni końców kości wchodzących w skład stawu, wydzielina ropna nader obfita, cuchnąca, chory osłabiony.

Dnia 27. VI. wykonano w średniej części odjęcie uda. Po przepiłowaniu kości znaleźliśmy kanał kostny znacznie powiększony i wypełniony zmienionym przez proces zapalny szpikiem kostnym, koloru szarego, blaszka kostna zewnętrzna była o wiele cieńszą. Ze względu na zmiany te, wyłuszczono zupełnie szpik kostny z pozostałej części trzonu kości, powstała zaś tym sposobem jamę wypełniono jodoformem. Chory wyszedł dnia 13. X. z raną zupełnie zagojoną.

2. Odjęcie uda wykonanem było również z powodu gruźliczego zapalenia stawu kolanowego u 13 letniego chłopca Michała Szlachowicza d. 3. X. Chory zżagoloną oddawna już raną, dotąd jednak pozostaje w szpitalu, z powodu próchnienia kości lewej stopy i goleni.

3. *Osteomyelitis femoris sinistri. Exarticulatio femoris.*

† Grabowski Józef, wyrobnik, wieku lat 21. Do szpitala przybył dnia 6. VI. Przy badaniu chorego okazało się: objętość lewego uda znacznie powiększona, powiększona również, szczególnie w górnej części, przynajmniej w dwójnasób objętość kości udowej, w okolicy uda górno zewnętrznej i tylnej liczne przetoki, przez które zgłębnikiem dochodzi się w różnych kierunkach do obnażonej i zmienionej kości. Skóra i wogóle części miękkie, kość udową otaczające, twarde, niepodatne, cała kończyna obrzęknięta. Chory osłabiony, gorączkuje, w moczu ślady białka. Początku choroby, przyczyny stopniowego jój rozwoju, chory nie jest w możności określić, datuje ona jednak, o ile się zdaje, od sześciu przeszło miesięcy. W dni kilka po przybyciu chorego, wykonano kilka cięć głębokich w celu połączenia istniejących przetok i ułatwienia odpływu gromadzącej się ropy i przeprowadzono sączki, lecz środki te nie wpłynęły bynajmniej na polepszenie stanu chorego. Choremu zaproponowano wyłuszczenie uda, na które jednak bezwarunkowo się nie zgodził. W początku dopiero miesiąca Sierpnia, widząc coraz bardziej wzrastające niebezpieczeństwo utraty życia, zażądał sam operacji. Ulegając temu żądaniu chorego i rodziny, wykonałem dnia 6. VIII. wyłuszczenie uda w sposób opisany przezemnie w *Centralblatt für Chirurgie N. 35 r. 1879.* Utrata jednak krwi podczas operacji, pomimo wszelkich naszych zabiegów, była znaczną, a to z powodu ogromnej trudności podwiązywania naczyń wespół zmienionych twardych tkanek, i wybitne nader objawy niedokrwistości zmusiły nas w trzy godziny po wyłuszczeniu uda do wstrzyknięcia za pomocą przyrządu COLLIN'A do żyły odłokciowej prawej, około 500 grm. roztworu soli kuchennej. Chory zmarł tegoż dnia w godzin kilka.

4) *Luxatio tibiae sinistrae externa incompleta. Gonitis tuberculosa. Amputatio femoris.*

† Różański Władysław, stolarz, wieku lat 46. Do Szpitala przybył dnia 17. VIII. Przy badaniu chorego okazało się zwichnięcie w stawie kolanowym lewym niezupełne ku zewnątrz. Forma stawu kolanowego znacznie była zmieniona. Kłykiec zewnętrzny kości udowej odpowiadał dołkowi stawowemu wewnętrznemu kości piszczelowej, kłykiec zaś wewnętrzny wystawał zupełnie na wewnątrz i tworzył pod skórą guz znacznej objętości. Rzepka przylegała do powierzchni zewnętrznej kłykcia zewnętrznego uda i była zupełnie nieruchomą. Kłykiec zewnętrzny kości piszczelowej wystawał na zewnątrz, tworząc znaczną

wyniosłość. Ruchy w stawie kolanowym prawie nie istniały, konieczna była nieco zgięta. Cała goleń i stopa zwrócone były nieco ku zewnątrz. Chory, jak twierdził, uległ zwicnięciu przed siedmiu laty, w fabryce stolarskiej, lecz nie był w stanie wyjaśnić, w jaki sposób ono powstało. Początkowo lat kilka pozostawał bez leczenia, przed 3-ma laty bóle w kolanie zmusiły go do szukania pomocy lekarskiej i przebył kilka miesięcy w klinice szpitalnej, gdzie zaopatrzonym był w sztuczny but o mocnych prętach żelaznych. Wkrótce przyzwyczał się do buta, chodził wprawdzie przy pomocy kija, lecz dosyć swobodnie i mógł oddawać się pracy, nawet dosyć uciążliwej, w celu utrzymania rodziny. Od pewnego jednak czasu występowały znowu bóle w okolicy stawu kolanowego, chory jednak na nie zwracał zbytniej uwagi; do cierpień tych przyłączył się ból w okolicy małego palca stopy, następnie zaś ropień na brzegu zewnętrznym stopy, po pęknięciu którego pozostała przetoka. Przetoka ta, ból w stopie zmusiły go znowu do przybycia do szpitala. Na brzegu zewnętrznym lewej stopy, w miejscu odpowiadającym 5-ej kości śródstopowej, znaleźliśmy przetokę, przez którą zgłębni-kiem wyczuć było można niewielki ruchomy martwak kostny, stopa cała była nieco obrzęknięta. Dnia 6. IX wydobyto rzeczony martwak. Rana operacyjna początkowo goiła się dobrze, stan ogólny był niezły, gdy nagle w końcu miesiąca Września wystąpiły objawy zapalenia, ropienia, w okolicy stawu kolanowego, zapalenia tkanki łącznej międzymięśniowej goleni, które zmusiły do odjęcia w średniej części uda. Operację wykonał zastępujący mnie czasowo w oddziale D-r KRAJEWSKI d. 7. X. Stan chorego pierwsze dni kilkanaście był zadawalniający, gojenie rany postępowało dosyć pomyślnie, wkrótce jednak powiększył się oddawna istniejący kaszel, wystąpiły objawy suchot płucnych, wśród których chory zakończył życie dnia 26—XII.

5) *Osteitis tuberculosa ossium tarsis pedis dextri. Resectio osteoplastica MIKULICZ-WŁADIMIROW'a.*

Lewicki Teofil, wyrobnik, wieku lat 20. Przybył do kliniki szpitalnej dnia 30. VI. W roku 1882 pozostawał na kuracji w oddziale chirurgicznym i jak oznaczonem jest w dzienniku szpitalnym dnia 7. VI. wykonałem mu, z powodu próchnienia kości prawej stopy, całkowite wycięcie kości sześcienniej w połączeniu z częściowem wycięciem kości piętowej. Rany operacyjne zagoiły się zupełnie, chory wyszedł zdrów. Obecnie od kilku tygodni, bez żadnej widocznej przyczyny, powstały bóle tejże stopy, obrzmienie, stopniowo niemożność stąpania, co i zmusiło chorego do szukania pomocy lekarskiej. Chory w parę tygodni po przybyciu, z powodu zamknięcia kliniki, tranzlokowanym był do oddziału chirurgicznego dnia 17. VII i przy badaniu chorego okazało się: prawa stopa w okolicy kości stopowych znacznie obrzęknięta, obrzęk szczególnie uwydatnia się poniżej kostki zewnętrznej, zkąd przechodzi ku tyłowi i ku przodowi na okolice tylną stopy. W okolicy dawnej blizny, niewielka przetoka, niegłęboka. Na wewnątrz od ścięgna ACHILLEŚ'a również niewielkie obrzęknięcie, które przechodzi na stopę poniżej kostki wewnętrznej. Ruchy bierne w stawie goleniostopowym bolesne i najmniejszy wogóle ucisk przy badaniu jest powodem nader dokuczliwych bólów. Z przetoki odpływ ropy niewielki. Chory jest nadzwyczaj osłabiony, skóra blada, tętno około 115—120, język podsychnięty, ciepłota wieczorna stale

około 38°—38,5° C., do 40° C.. Chory skarży się na kaszel, odkasływanie dosyć utrudnione, w płwocinie często znaczna domieszka krwi. Przy badaniu płuc, obok innych objawów, zęszczanie mięszsu u obu wierzchołków. Przy warunkach tych z pomocą operacyjną należało być nader oględnym i w przekonaniu mojem tylko odjęcie goleni, usuwając doszczętnie wszystkie kości przez sprawę gruźliczą zajęte, być może, byłoby jeszcze w możności wpłynąć na poprawienie ogólnego stanu chorego. Na odjęcie goleni chory nie był zdecydowanym. Czasowo zastępujący mnie w oddziale D-r KRAJEWSKI, w parę tygodni po moim wyjeździe, t. j. dnia 29. IX, wykonał osteoplastyczne wycięcie stopy MIKULICZ-WŁADMIROW'a. Przy zmianie opatrunku dnia 19. X, znalazłem ranę operacyjną części miękkich zagojoną na znacznej przestrzeni, pozostały niezagojone nie wielkie przetoki u obu końców, w miejscach gdzie pozostawione były małe sączki. Podczas opatrunku usunięto parę pozostałych jeszcze szwów. Kończyna po opatrunku rany unieruchomioną była, zarówno jak i bezpośrednio po dokonanej operacji, za pomocą mocnej gipsowej szyny i w tenże sposób następnie opatrywana była. Dnia 13. I. r. b. wystąpiło nader obfite płucie krwią (*haemoptoe*), które trwało mimo zalecanych środków cztery dni. Obecnie w końcu Marca stan chorego jest następujący: blizna na ranie operacyjnej rozpada się i w samym jej środku znajduje się owrzodzenie, z powiększonych znacznie przetok w kątach ran ropienie jest bardzo obfite, pozostała zaś część stopy swobodnie się porusza i stopniowo zmienia się kierunek nadany jej pierwotnie po wykonanej operacji. Chory skarży się na bóle w całej kończynie, szczególnie w goleni, każdodziennie słabnie, jak to zwykle ma miejsce przy suchotach płuc, krwotoki zaś płucne, mniej lub więcej obfite, powtarzają się stale. W końcu przeistoczone gruczoły chłonne podszczękowe, z lewej strony tworzą bolesne guzy znacznej objętości.

[D. n.]

## KORRESPONDENCYJA.

*Paryż. 30. IV. 1886 r.*

### *Z pracowni Pasteur'a. Metoda ochronnych szczepień wściekliczny.*

Różne powody nie pozwalały mi dotąd przesłać Szanownej Redakcyi „Gazety Lekarskiej“ wiadomości o PASTEUR'owskich szczepieniach wściekliczny; oto najważniejszy: w pismach lekarskich, nietylko niemieckich, ale nawet we francuzkich, nieustannie spotykałem uzalania się, że PASTEUR nie ogłosił dotąd szczegółów swojego sposobu leczenia, że nie pozwala nikomu obejrzeć dokładnie dotyczących operacyj, że nie daje do rąk materyjału używanego do szczepień, że płyny potrzebne robi i chowa w tajemnicy.

Te i tym podobne głosy, często słyszane, pomimowoli nakazywały pewną ostrożność w sądach i powstrzymywanie zbyt pospiesznego ogłaszania swoich spostrzeżeń nad sposobem leczenia. Głosy te nie pochodziły z ust mało rzeczy świadomych. Przy widzeniu się w Berlinie, dr. KOCH nie rokował mi dokładnego poznania sposobu leczenia PASTEUR'a, gdyż świeżo przybyły z Paryża prof. FRISCH, wysłany w celu zbadania wyników sposobu leczenia i zastosowania takowego w Austrii, powiedział mu, że szczegóły zachowywane są w tajemnicy i objaśnienia bardzo niechętnie udzielane.

Po przybyciu na miejsce, zdziwiony zostałem widząc rzeczy inaczej, niż o tem słyszałem. Prawda, miałem pewne trudności w pozyskaniu posłuchania u PASTEUR'a. Nic w tem jednak dziwnego, gdyż otacza go ciągle mało dyskretny tłum ciekawych i chorych, którzy pochłaniają mu bardzo wiele czasu. Pierwszego dnia tedy mogłem słyszeć tylko bardzo ogólne uwagi bakteriologiczne p. PERDRIX, asystenta chemika szkoły normalnej. Po paru dniach znalazłem sposobność oznajmić PASTEUR'owi cel mego przybycia. Odpowiedział mi, że w swojej pracowni ma miejsca mało nawet dla własnych zajęć; że czeka na otwarcie nowego instytutu, na który płyną składki dość szybko, tak, że niedługo, może za kilka miesięcy, ludzie chętni znajdą możliwość kształcenia się w kierunku bakteriologii stosowanej, że teraz zresztą nie ma ludzi, którzy mogliby udzielać odpowiednie kursa. Mając jednak na względzie, że jestem obznajmiony z przedmiotem po przebyciu szkoły KOCH'a i że chcę pracować tymczasem tylko nad wścieklizną, polecił swoim asystentom udzielania mi potrzebnych wskazówek i potrzebnego materiału, gdybym znalazł miejsce do pracy gdzieindziej. Miejsce takie ofiarował mi gościnnie, otwierając pracownię swoją dr. GRANCHER, pierwszy pomocnik PASTEUR'a, lekarz naczelny szpitala dzieciennego.

Zaraz też rozpocząłem tam swoje próby nad hodowlami i mikroskopowe badania, o wynikach których donieść nie omieszkam.

Zaczynam teraz tylko, że nie dotąd nie spotkałem chowanego w tajemnicy. Przed dwoma tygodniami *Semaine Médicale* umieściła też sprawozdanie FRISCH'a, który powiada, że tajemnicy PASTEUR nie robił i że wszystko mu pokazano. Dlaczego niedawno mówił KOCH'owi inaczej? Spotkałem nawet niedawno świadka tej rozmowy w osobie jednego z lekarzy, świeżo przybyłego do pracowni PASTEUR'a z komisją angielską. W tem wszystkim gra widać pewną rolę narodowa niechęć.

Zasady, na jakich opiera się metoda PASTEUR'a, znane są czytelnikom „Gazety“ z poprzednich sprawozdań [d-ra MAYZLA], powtórzę je jednak dla zupełności obrazu.

Jad wścieklizny, nie określony dotąd mikroskopowo ani bakteriologicznie <sup>1)</sup>, zdaniem PASTEUR'a znajduje główne siedlisko w ośrodkach nerwowych: mózgu, rdzeniu przedłużonym i rdzeniu kręgowym. Gdy zwierzę samo umiera [z wścieklizny], znajduje się on w ilości największej w rdzeniu przedłużonym. Zawierają go również i gruczoły [ślinowe, limfatyczne, trzuska]. Zaszczepienie najłatwiej się udaje, jeżeli cząstkę materji nerwowej zapomocą trepanacyi przeniesiemy pod oponę twardą mózgu: wtedy okres wylegania dochodzi do minimum i wynosi u królika 13—18 dni. Objawy u królików polegają na wzmocnieniu odruchów, z kąd liczy się początek choroby; powoli występuje porażenie, zaczynające się od kończyn. Jestto forma paralityczna. U psów najczęściej występuje forma gwałtowna, pojawiająca się w postaci napadów. To samo choć znacznie rzadziej, ma miejsce i u świnek morskich; zwykle zaś ulegają one również postaci paralitycznej.

Jeżeli cząstkę mózgu, rdzenia lub rdzenia przedłużonego takiego zwierzęcia przeniesiemy pod oponę twardą królika, wywołamy średnio po 15 dniach postać burzliwą lub paralityczną; po częstych takich przenoszeniach z królika na królika, zauważył PASTEUR zmniejszanie się okresu wylegania: przy 25 przeszczepianiu do 8—9 dni, a teraz, po 3 latach, przy 113 przeszczepianiu występuje dążenie, bardzo powolne, do zmniejszenia się do 6 dni. PASTEUR przyjmuje, że jest to postać wzmocniona. Zaszczepiony rdzeń takiego królika innemu zwierzęciu wywołuje również wściekliznę z mniejszym okresem wylegania.

<sup>1)</sup> Herman VOL znalazł coś, co zdaje się być mikrobami. Metoda jego jest jednak nie wolną od zarzutów

Wyjęty z kregosłupa rdzeń takiego królika i zawieszony w suchej butli [oczyszczonej w płomieniu, z warstwą sody gryzącej w kawałkach na dnie], wciągu 14 dni traci powoli swoje zabójcze własności i zachowuje tylko ochronne; zaszczipiony zwierzęciu, zabezpiecza je od dostania wścieklizny, czy to przez ukąszenie, czy przez wstrzyknięcie zarazka postaci mocnej. Jeżeli zaś już nastąpiło ukąszenie, to przed wystąpieniem objawów choroby, kolejne zaszczipianie 10 takich rdzeniów, z których każdy o 1 dzień mniej pozostawał w suchej butli, zapobiega chorobie. Rdzeń, który wisi przez 4 dni, posiada takąż siłę, jak świeżo wyjęty ze zwierzęcia zmarłego na zwykłą wściekliznę [z okresem 15-dniowym wylegania], rdzeń 3 i 2-dniowy jest silniejszy, wreszcie świeży rdzeń wywoła wściekliznę z 7-dniowym okresem wylegania [u królika].

Do szczepień leczniczo-ochronnych u ludzi PASTEUR używa 10 pierwszych stopni od 14 do 4 dni. Ponieważ okres wylegania u człowieka trwa 30—40 dni, więc przed 30-m dniem metoda może być jeszcze stosowaną. W razie jednak silnego bardzo pokąsania, okres wylegania zwykle bywa krótszy i dla tego szczepienia ochronne zaczynać trzeba jak najwcześniej.

Zauważyć należy, że te objawy, a nawet ochronne szczepienia, PASTEUR czyni zależnymi nie od j a k o ś c i jadu lecz od i l o ś c i. Przy wysychaniu w suchej butli, nie jakość, lecz ilość jadu się zmienia *resp.* zmniejsza się; a że tak jest, za dowód służy następną okoliczność. Rdzeń wyschnięty z 5-go np. dnia wywołuje śmierć królika po 15-u dniach [mówię o rdzeniach z wzmocnionej wścieklizny] jeżeli teraz rdzeń zmarłego po 15 dniach królika zaszczipimy innemu, to wywołamy początek objawów po 7 dniach jak się to stałe przy wzmocnionej wściekliznie zauważyć daje.

Jad psa i jad wilka wściekłego uważa PASTEUR za identyczne, gdyż oba wywołują śmierć królika po 15 dniowym wyleganiu: takie wyniki otrzymywał on szczepiąc mózgi zmarłych Rossyjan królikom. Ztąd też wnosi, że nie jego szczepienia były przyczyną śmierci; gdyż te dałyby okres inkubacji krótszy, mianowicie 7 dniowy. Jest to rzeczywiście reakcja bardzo dowcipna.

Przystąpimy teraz do najciekawszej strony kwestyi, to jest do wyników leczenia. Jest to rzecz pierwszorzędnej doniosłości. Statystyka niemiecka przyjmuje najmniej 6—7% śmiertelnych ukąszeń. [*Fortschritte d. Medicin.*, 1885 r. str. 32]. Z ustnie udzielonych mi przez prof. Kocin'a w Berlinie wiadomości, dotyczących ukąszeń przez psa wściekłego, ilość ta waha się pomiędzy 10—12%. Inne źródła niemieckie wykazują około 15%.

Statystyka francuzka wskazuje co następuje (*Comptes rendus*. Odczyt PASTEUR'a 1 Marca r. b.):

Dane z 6-ulat zebrane przez p. LEBLANC, dyrektora policyjno-weterynaryjnej służby prefektury Sekwany:

Rok 1878	pokąsanych	103	zmarło	24
„ 1879	„	76	„	12
„ 1880	„	68	„	5
„ 1881	„	156	„	23
„ 1882	„	67	„	11
„ 1883	„	45	„	6

Średnio przypada 1 przypadek śmierci na 6-u ukąszonych, czyli około 15%.

Do 12 kwietnia, t. j. do dnia ogłoszenia przez PASTEUR'a 3-ej seryi spostrzeżeń, obejmujących ukąszenia przez wściekłego wilka, ilość pokąsanych przez psa wyniosła 688, przez wilka 38, razem 726.

Do dnia 5 Maja r. b. ilość chorych podniosła się do 800 przeszło. Jeżeli wyniki sprowadzimy tylko do chorych z daty poprzedzającej [uczynimy to dla tego, że prawie wszyscy przeszli dotąd okres inkubacji], otrzymamy co następuje:

z 688 pokąsanych przez psa 2 przypadki śmierci.  
z 38 „ „ wilka 5 „ „

Dodajmy, że z pokąsanych przez wilka zwykle wychodzi cało tylko niezna-  
czny procent według statystyki rosyjskiej, z którą zgadzają się francuzka i wło-  
ska, jak to widzimy z dowodów następujących (*Revue Scientifique* N. 16 1886).

Dnia 27 Lutego 1706 r., 8 mieszkańców gminy S. Julien de Giory [Burgun-  
dyja] pokąsanych przez wilka zmarło w okresach czasu 17—68 dni.

Dnia 26 Grudnia 1806 r. w okolicy Burges z 9 pokąsanych zmarło 8.

Dnia 16 Października 1812 r. z 19 osób pokąsanych zmarło 11 na wściekli-  
zną w przeciągu 7—70 dni.

Dnia 23 Lutego 1849 r. 64 letni pasterz z Darbois pokąsany przez wilka  
wściekłego zmarł na wścieklicznę po 32 dniach.

Dnia 7 Stycznia 1886 trzy osoby z Alvagron pokąsane przez wilki wście-  
kłe zmarły na wścieklicznę w okresach czasu 22—38 dni.

Dnia 5 Października 1874, 2 ludzi z kantonu Rochefoucauld pokąsanych  
przez wilka wściekłego, zmarło na wścieklicznę 25 i 30 dniach. Pomijam parę in-  
nych podobnych przypadków, w których ilość śmierci przeważa znacznie.

Otóż zestawiając wyniki powyższe z obserwowanemi świeżo na przybyłych  
Rossyjanach, z których większość miała tak duże rany, że trzeba było dłuższego  
czasu chirurgicznej pomocy, nie możemy nie uznać stosunkowo małego procentu  
śmiertelności, jeżeli w dodatku przyjmujemy pod uwagę, że wszyscy prawie przy-  
byli w środku, lub nawet pod koniec okresu wylegania.

W obec tedy powyższych wyników metody, zdaje mi się, należy conajmniej  
zachować wielką ostrożność w sądach, bez zbyt bezwzględnego sceptycyzmu i ni-  
hilizmu. Sądzę że bez trudności znaleźlibyśmy w nauce lekarskiej wiele innych,  
a jednak za skuteczne uważanych metod i środków. Tem więcej życzyć należy,  
ażeby badania w tym kierunku podjęte zostały przez badaczy różnych, samodziel-  
nie pracujących.

Opiszę jeszcze sposoby wykonywania operacyj. Królik, przywiązany za koń-  
czyny do stolika wiwisekcyjnego, zostaje zachloroformowany za pomocą kilku-  
dziesięciu kropel chloroformu, puszczonego na bibułkę, w którą na 3 — 4 minuty  
zawija się jego głowa. Gdy ustaną ruchy, na uprzednio wystrzyżonym z sierści  
tyłogłowi [odpowiadającym górnej części kości potylicowej i końcowi szwu strzał-  
kowego] robi się cięcie podłużne 1—1½ cala. Na środku przecięcia, w miejscu  
odpowiadającym górnemu brzegowi kości potylicowej, za pomocą trepanu o 6—8  
milimetrach światła, robi się otwór, nie naruszając całości opony twardej, pod  
którą, za pomocą cienkiej zgiętej pod kątem prostym igły szprycki PRAVAZ'a za-  
puszcza się kilka kropel bulijonu z roztartym świeżo wyjętym mleczem.

Po operacyi króliki mają się dobrze do 7—8 dnia. Poczem zaczynają się  
pokładać, wreszcie dostają bezwładu w uszach i kończynach. W miejscu opero-  
wanem nigdy nie widziałem ropienia. Trzeba przyznać, że operacyja idzie bar-  
dzo zręcznie.

\* \* \*

Do szczepień ochronnych używa się na osobę 2 milimetry suchego mleczka  
roztarte w 1 gramie bulijonu.

Oto wszystko co o metodzie PASTEUR'a i jej wykonaniu mogę powiedzieć.  
Dalsze badania w tym kierunku powiedzą więcej niż ja teraz uczynić jestem  
w stanie.

O. Bujwid.



## Wiadomości bieżące.

---

**Warszawa.** Z okazji 25-lecia profesury, Prof. BARANOWSKI wybrany został członkiem honorowym tutejszego Towarzystwa lekarskiego.

**Kraków.** W d. 3. Lipca r. b. obchodzonym będzie uroczyste jubileusz 25-letniej profesury tutejszego anatoma D-ra TEICHMANA.

**Wiedeń.** Zmarł tu 24 Maja r. b. w 52 r. życia znany dermatolog i syfilidolog profesor H. AUSPITZ.

**Paryż.** *Semaine médicale* w Nr. 17 pomieszcza wiadomość o laseczniku z gorzeli starczej (*gangraena senilis*) odkrytym przez FRICOM'ego we Włoszech. Lasecznik jest drobny, krótki, na obu końcach zaokrąglony, na jednym z nich zgrubiały. Lasecznik znaleziony został we krwi chorych, na linii demarkacyjnej, oraz przy sekcji we krwi z serca. Lasecznik ten daje się hodować w żelatynie, w *agar-agar*, surowicy krwi, i zachowuje zdolność rozwoju przez 6—7 tygodni; barwi się bardzo dobrze barwnikami anilinowemi.

Wstrzyknięty świakom morskim, królikom i myszom wywołac ma wszystkie objawy zgorzeli starczej, z powodu której zwierzęta giną po upływie 2—3 dni.

**Lipsk.** Prof. LEUCKART i RAUBER przekonali się, że przyczyną zarazy na raki (*Krebspest*) są grzybki nitkowate należące do *Saprolegniaceae*. Ponieważ sól zabija te grzybki przeto zalecają dla oczyszczenia wód rozpuszczać w nich pewną ilość soli, a zarazem usunąć wszelkie gnijące zwierzęce odpadki.

---

### Prace oryginalne w polskich czasopismach lekarskich.

**Przegląd lekarski.** Nr. 22. CYBULSKI. O wpływie pozycyi ciała na krążenie krwi u zwierząt. — OBTUŁOWICZ. O dyfteryi szczególnie pod względem etyologicznym i patogenetycznym.

**Medycyna** Nr. 22. SZANIAWSKI. Kilka słów o leczeniu wrzodu okrągłego żołądka zapomocą jodku potasu.

**Zdrowie** Nr. 3. ZAŁĘSKI. Ruch ludności miasta Warszawy w dziewięcioletnim okresie, — POLAK. Praktyka szczepienia ospy ochronnej. — ZIELENIEWSKI. O naszych schroniskach klimatycznych. — Korespondencyja. — Notatka z wizyty u PASTEUR'a p. D-ra SZUMLAŃSKIEGO. — Kraków. — Paryż. — Radom. — Odcinek: Hygiena zawodowa. — Kronika. — Statystyka i meteorologija.

---

## NADEŚLANO DO REDAKCYI:

---

HEGAR [tłóm. ŚMIGELSKI-DANIĘŁO], Nerwnyja zabołewanja u ženszczyn. Petersburg. 1886

---

## DO PP. PRENUMERATORÓW.

---

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

Do dzisiejszego N-ru GAZETY LEKARSKIEJ dołącza się bezpłatnie dla wszystkich prenumeratorów „Katalog nowych dzieł lekarskich“ księgarni E. Wendego i S-ki za m. Kwiecień r. b.

Wydawca Dr. St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny Dr. Wł. Gajkiewicz.

Дозволено Цензурою. Варшавы 21 Мая 1886 г. Друк К. Ковалевського. Крólewska Nr. 29,

# PASTYLKI GÉRAUDEL



Z CZYSZCZY SMOŁY NORWĘGSKIEJ  
Działające przez wdychanie i wciąganie

Przeciwko

KATAROM, DYCHAWICY, FLUKSYI, ASTMIE,  
OCHRYPNIENIU, CHOROBYM KRTANI etc.

O wiele lepsze od Kapsułek 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

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



Podczas powolnego ssania tych Pastylek powietrze którem się odycha przejmując się wzyewami Smoły i wprowadza je do siedliska cierpienia. Dzięki tej specjalnej własności działania jakoteż ich składowi Pastyłki te zawdzięczają skuteczną własność leczenia wszystkich chorób w których smoła bywa zalecana. Są one niezgodne dla palących tytonie, dla osób nadciągających głos i dla tych których zatrudnienia wystawiają ich na skutki kurru i szczytów rozdrażniających.

Niezmierne 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.

## Papier drażniący d'Albespeyres,

służący do opatrunku i podtrzymywania stałych wezykatoryj,  
wyłącznie używany w aptekach i ambulausach armii francuskiej.

Stare wezykatorye (pryszczczydła) podtrzymywane papierem d'Albespeyres stanowią środek jęczący, który chorzy najłatwiej znoszą i który im najmniej dolega.

Papier pobudzający d'Albespeyres posiada 4 stopnie siły, którym odpowiadają oddzielnie przygotowane wyroby, oznaczone numerami od najsłabszego do najsilniejszego, 1 stały — 1, 2 i 3.

Każdy arkusz papieru d'Albespeyres nosi nazwę d'Albespeyres widzialną w przezroczu. Papier ten sprzedaje się tylko w pudełkach zawierających 25 arkuszy. Pudełka są pokryte etykietą z podpisem de *Fumouze Albespeyres* i owinięte prospektem. Cena 1 frank we Francji.

Skład główny: FUMOUCZE-ALBESPEYRES, 78 Faubourg Saint-Denis PARIS.

Letnie mieszkania w lesie sosnowym, w pobliżu stacji Wołomina.  
Pomoc lekarska w miejscu

Adres D-r Koralkiewicz w Wołominie.

3—2

Ważne dla WWP. Doktorów  
Termometry Maksymalne

obniżylem cenę na Rsr. 1.90 za sztukę.

**J. Jodłowski**

Składy Narzędzi Chirurgicznych  
Bieleńska Nr. 5. Marszałkowska Nr. 137.

Zamówienia pocztą odwrotną będą wysyłane.



12—5