

360

SPRAWOZDANIE ODDZIAŁU CHIRURGICZNEGO

SZPITALA ŚW. ŁAZARZA W KRAKOWIE

ZA ROK 1898

NAPISAŁ

DR. RUDOLF TRZEBICKY

C. K. PROFESOR CHIRURGII, PRYMARYUSZ ODDZIAŁU.



1676



W KRAKOWIE,

DRUKARNIA UNIWERSYTETU JAGIELLOŃSKIEGO

pod zarządem Józefa Filipowskiego

1899.

SPRAWOZDANIE ODDZIAŁU CHIRURGICZNEGO

SZPITALA ŚW. ŁAZARZA W KRAKOWIE

ZA ROK 1898

NAPISAŁ

DR. RUDOLF TRZEBICKY
C. K. PROFESOR CHIRURGII, PRYMARYUSZ ODDZIAŁU.

~~1678~~
Dubl



W KRAKOWIE,

DRUKARNIA UNIwersYTETU JAGIELLOŃSKIEGO
pod zarządem Józefa Filipowskiego.

1899.

781221-2

1331136540

WO 5998 T6 1899

NAKLADEM AUTORA.

Z-138185

Akc. z l. 2023. nr. 408

Wychodząc z założenia, że jawność jest najlepszą kontrolą wszelkiej działalności a jedynie tylko zła i nędzna praca światła dziennego unika, postanowiłem ogłaszać sprawozdania z działalności naszej na oddziale chirurgicznym szpitala Śgo Łazarza drukiem, zamierzając zarówno podnieść tak stronę dodatnią naszej pracy, jakoteż i wytknąć błędy przez nas popełnione.

Że zaś sprawozdanie to jest pierwszym od chwili objęcia kierownictwa oddziału przeze mnie po ustąpieniu ś. p. prof. Obalińskiego, przeto na wstępie pozwolę sobie obszerniej nieco zastanowić się nad urządzeniem wewnętrznym oddziału i sposobem prowadzenia jego, jak niemniej nad metodą opatrywania ran przeze mnie stosowaną.

Oddział chirurgiczny mieści się w osobnym, wzorowo urządzonym, jednopiętrowym pawilonie. Na parterze znajdują się 2 sale operacyjne, przedzielone od siebie pokoikiem. służącym z jednej strony do sterylizowania narzędzi i materiałów opatrunkowych, z drugiej zaś strony na poczekalnię dla chorych, mających być operowanymi. Jedna z tych sal t. zw. aseptyczna, przeznaczona jest do operacyj czystych bez śladu ropienia, w drugiej operujemy wszystkie inne przypadki z wyjątkiem wysoce zakaźnych procesów ropnych tkanki łącznej, które operujemy w sali ambulatoryjnej, niestety w zbyt ścisłej komunikacji się znajdującej z salą operacyjną drugą. Na

okoliczność tę zwróćę jeszcze uwagę poniżej, jak niemniej i na tę wielką zdaniem mojem niedogodność, że sala aseptyczna zamiast znajdować się zupełnie odrębnie, za pomocą zwykłych drzwi komunikuje z wspólną poczekalnią dla obu sal, w której nierzadko czekają chorzy z ranami ropiejącymi, i przez którą narzędzia i opatrunki trzeba przenosić.

Salę chorych, po dwie duże, znajdują się w bocznych skrzydłach na parterze i I piętrze, a oprócz tego rozporządza oddział czterema separatkami I-klasowymi i dwoma pokojami II-klasowymi. Na pierwszym piętrze znajdują się mieszkania dla 3 lekarzy pomocniczych, na parterze zaś kancelarya dla prymariusza, lekarzy oddziałowych, sala ambulatoryjna, laboratorium i dwa pokoiki dla sióstr miłosierdzia. Ilość łóżek dla chorych wynosi 120. Jak już wspomniałem, sala ambulatoryjna przytyka bezpośrednio do sali operacyjnej dla operacji zwykłych, nieaseptycznych i jakkolwiek ma osobny wchód od korytarza, komunikuje z salą operacyjną za pomocą dużego przejścia, zasłoniętego do połowy wysokości firanką płócienną. Sąsiedztwo i komunikacja ta w wysokim stopniu są niebezpieczne dla sal operacyjnych zwłaszcza, jeżeli zważymy, że materiały naszego ambulatorium stanowią po znacznej części chorzy z ranami ropiejącymi, wrzodami zgorzelinowymi, pacjenci z różą itp. Mimo tego nader niebezpiecznego sąsiedztwa miło mi bardzo, że mogę to podnieść tu wyraźnie, że chorzy naszego oddziału nigdy na tem nic nie ucierpieli a to dzięki jedynie i wyłącznie ściśłemu przestrzeganiu przez nas zasad opatrywania i traktowania ran, jak niemniej sumienności całego personalu.

Operacje z wyjątkiem phlegmon zgorzelinowych odbywają się w zasadzie w wspomnianych powyżej salach operacyjnych, odpowiadających wszelkim wymogom nowoczesnym. Światło pada do sal operacyjnych z boku, ściany są pokostowane, kąty zaokrąglone, posadzka betonowa, ściek ze sal w samym środku, zamknięty syfonem. Jeżeli można się żalić na pewne usterki w tych salach, to chyba na urządzenie umy-

walni, które są w ten sposób skonstruowane, że woda z kurka wypływająca ścieka do miednicy ustawionej na płycie marmurowej, gdy zaś miednica się napęlni, trzeba kurek zamknąć, a wodę z miednicy wylać na podłogę, by spłynęła do otworu, prowadzącego do ścieku. Urządzenie podobne jest wprawdzie o tyle praktycznem, że zmywa się tem co chwila podłogę, jest jednakże o tyle niewygodnem, że względnie już oczyszczonemi rękami musimy się dotykać kurków celem ich zamknięcia, jak niemniej, że podłoga stale w sali jest mokra i nieraz w formalnych kałużach stać nam wypada. Urządzenie umywalni z pedałami i z bezpośrednim odpływem wody z tejże byłoby bardzo pożądanem.

Ze względu na wielką ilość chorych a tem samem i znaczną cyfrę operacyj, operujemy zawsze równocześnie w obydwu salach operacyjnych i to w ten sposób, że codziennie z rana dzieli się cały personal oddziałowy lekarski na 2 partye, z których jedna pracuje na sali aseptycznej, druga w zwykłej. W tej ostatniej oczywiście porządek operacji jest ten, że zaczynamy od chorych najmniej zakaźnych, a kończymy na ranach ropiejących i zgorzelinowych. Podział taki personelu na 2 grupy jest tem łatwiej możliwym, że posiadam zawsze sekundaryuszów dzielnych, dość rutynowanych i sumiennych, których nadzorowi i kierownikowi większą część operacyj śmiało poruczyć mogę. Pod względem wykonywania operacji starałem się zaprowadzić na oddziale zasadę równouprawnienia w możliwie jak najszerszym zakresie. Sam operuję tylko wypadki najtrudniejsze, pod względem rokowania dość często rozpaczliwe, lub próbuję sposobów operacyjnych nowych, albo też wreszcie rezerwuję dla siebie przypadki mnie specjalnie ze stanowiska naukowego interesujące. Resztę operują lekarze oddziałowi w miarę uzdolnienia za porządkiem pod kierownictwem mojem, albo w przypadkach dopuszczalnych pod dozorem sekundaryuszów. Zwłaszcza kładę nacisk na to, by każdy z lekarzy oddziałowych obznajomił się należycie z operacjami potrzebnymi w codziennem życiu lekarskiem na prowincyi wy-

chodząc z tego założenia, że szpital powinien być szkołą dla lekarzy praktycznych. Że postępowanie moje w tym kierunku jest słusznem a przez kolegów młodszych należyte bywa rozumianem, tego dowodem znaczna ilość praktykantów, garnących się na mój oddział. Uznanie z ich strony i poczucie spełnionego wobec nich i kraju w tym kierunku obowiązku są mi najlepszą nagrodą za podjęte w tej mierze trudy.

A teraz słów kilka o sposobie traktowania ran przez nas używanym. Jeśli pod tym względem będę może nieco drobiazgowym, to niechaj na usprawiedliwienie moje posłużą ta okoliczność, że w ostatnich czasach starano się z pewnej strony podnieść przeciwko mnie zarzuty, że pod tym względem nie stoję na wysokości nauki, że zastawszy oddział wzorowo urządzony w kierunku aseptyki tę ostatnią zarzuciłem, temsamem szkodę przynosząc chorym, a młodym adeptom chirurgii dając zły przykład. Ile w tych zarzutach prawdy zobaczymy. Rozumie się samo przez się, że inaczej musimy traktować ranę przez nas świeżo przy operacji zadaną w tkankach zdrowych, a inaczej ranę już ropiejącą i zanieczyszczoną. O »aseptyce« w ścisłym tego słowa znaczeniu mowa może być tylko przy pierwszych, choć nie brakło prób stosowania jej i do ostatnich. Jeżeli dziś mowa o »aseptyce«, to każdy chirurg, stojący na wyżynie nauki przyzna, że aseptyki bez antyseptyków dziś nie ma. Usiłowania wyrugowania tychże zupełnego spełzły na niczem, bo spełznąć musiały. Dezynfekcyja rąk i pierwotne odkażenie pola operacyjnego okazały się tak trudnemi, że spierać się zaczęto, czy wogóle zupełne ich wyjałowienie jest możliwem. Cały arsenał używanych środków przeciwnilnych okazał się w tym kierunku zupełnie wystarczającym i pewnym. Rydygier słusznie bardzo twierdzi, »że aseptyka polega na profilaxie«; profilaxa zakażenia rany świeżej to główna dewiza i cel naszej działalności. Sposób osiągnięcia obojętny, byle wynik był pewny. Nic też dziwnego, że jeden z głównych pionierów ase-

ptyki Mikulicz¹⁾ w wykładzie swoim w ubiegłym roku w Berlinie wyraźnie oświadczył, że czuł się zniewolonym porzucić jednostronne stanowisko ścisłej aseptyki i po części wrócić do dawnych zasad antyseptyki. Zdanie Mikulicza jest wyrazem zapatrywań większości chirurgów dzisiejszych: aseptyka w pewnym zakresie — reszta antyseptyka. Niektórzy chirurgowie w zwrocie tym poszli jeszcze dalej jak n. p. Whatson, Cheyne²⁾, twierdząc, że aseptyka wprawdzie teoretycznie może być uzasadnioną, dla praktyki jednak zbyt jest niebezpieczną, gdyż ewentualny błąd na zbyt wielkie naraża chorego niebezpieczeństwo, dlatego też twierdzi on, że chirurg zwykły (an ordinary surgeon) nigdy za pomocą aseptyki nie zdoła osiągnąć tak pewnych wyników jak przy zachowaniu przepisów Listera. Zdanie to z pewnością za daleko jest posunięte w stosunkach szpitalnych i klinicznych, ale jest natomiast dobitnym wyrazem zapatrywań znakomitego chirurga na stosunki praktyki prywatnej i mniejszych należycie niewyposażonych szpitali.

Na oddziale naszym stoimy na stanowisku tem, jakie zajmuje dziś większość chirurgów i jakie zaznaczył Rydygier w swym artykule³⁾. Dezynfekcja rąk odbywa się w sposób następujący: Po oczyszczeniu paznokci i fałdów podpaznokciowych za pomocą pilnika i nożyczek, myjemy ręce przez 5—10 minut mydłem i szczotkami. Szczotki te leżą stale w 1^o/₁₀₀ roztworze sublimatu a oprócz tego codziennie rano bywają wygotowane. Oprócz tego po każdorazowem umyciu się każdy z lekarzy trzyma szczotkę przez 1—2 minut pod prądem lejącej się z kurka wrzącej wody. Po wytarciu rąk w świeżo z pralni wydany ręcznik czystymy po raz wtóry paznokcie i przestrzenie po pod nimi zapomocą pilnika, po-

¹⁾ Versammlungen der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie: 27. Congress.

²⁾ Hildebrand, Jahresbericht 1897 str. 71.

³⁾ Kilka uwag o nowszych dążeniach celem wydoskonalenia opatrywania ran.

tem powtarza się procedura z szczotką i mydłem znów przez 5—10 minut, poczem ręce zmywamy wyskokiem. Z wyskoku przechodzimy do sublimatu, którym przy pomocy świeżych szczotek znów przez 5 minut ręce myjemy. W ostatnich czasach maczamy jeszcze po ukończeniu mycia za pomocą sublimatu końce palców w nastoju jodowym, który znów spłukujemy świeżym sublimatem, przyczem brązowe zabarwienie palców prawie zupełnie znika. Podczas operacyi od czasu do czasu zmywamy ręce w sublimacie stojącym w misce opodal operatora, i zmieniając co chwila. Czynie to głównie dla mechanicznego spłukania z rąk krwi i usunięcia z nich zarazków, które mimowoli z otoczenia lub z powietrza mogłyby na nie spaść. Do siły antyseptycznej sublimatu w tej procedurze nie przywiązuję zbyt wielkiej wagi i również chętnie zgodziłbym się na zastąpienie tegoż wodą wyjałowioną, gdyby nie wzgląd na tę okoliczność, że woda wyjałowiona wylana raz z naczynia zamkniętego, wystawiona na działanie powietrza zwłaszcza poruszanego co chwila ruchem asystentów i służby zdawała mi się zbyt niebezpieczną a to tem bardziej, że nie posiadamy urządzenia odpowiedniego, by móżdż i miski na wodę należycie wyjałowić. Dla uspokojenia zaś tych, którzyby chcieli mi z maczania rąk podczas operacyi w sublimacie robić zarzut grzechu przeciw aseptyce, wspomnę tu tylko, że n. p. Wölfer operujący z tytułu aseptyki w rękawiczkach macza takowe podczas operacyi od czasu do czasu w 1% roztworze lysolu¹⁾. Należyta dezynfekcyja rąk po operacyi jest oczywiście równie niezbędną, by nie dopuścić na nich rozwoju zarazków. Że dezynfekcyja rąk przez nas praktykowana jest zupełnie dobrą i dla nas wystarczającą, tego najlepszym dowodem nasze wyniki, a w szczególności okoliczność ta, że choć niejednokrotnie musimy przystąpić do laparotomii z powodu niedrożności przewodu pokarmowego po operacyach ro-

1) Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie. 27. Congress str. 18.

pni i phlegmon, ani razu dotąd nie straciliśmy chorych przez zapalenie otrzewny operacją spowodowane. Za najwymowniejszy zaś dowód może posłużyć fakt następujący: Dnia 6 listopada 1897 r. wykładałem w zakładzie anatomii opisewej od godziny 6—8 wieczorem anatomię chirurgiczną i przez cały ten czas bez przerwy rękami mojami preparowałem i demonstrowałem słuchaczom stosunki na świeżym trupie. Po godzinie 9-tej zostałem wezwany na mój oddział, dokąd przywieziono chorego z uwięźniętą przepukliną pachwinową (Dawid Weber). Operację rozpoczął mój ówczesny sekundaryusz Dr. Nowak w mojej asyście, a gdy wśród zabiegu stosunki okazały się mocno skomplikowanemi, dokończyłem jej sam laparotomią. Przebieg pooperacyjny był idealny.

Na ewentualny zarzut, że nie używam do operacji rękawiczek, mogę odpowiedzieć bardzo krótko, że kwestya rękawiczek, jak wynika z dyskusyi na ostatnim zjeździe chirurgów w Berlinie przeprowadzonej, nie jest jeszcze ostatecznie załatwioną i znalazła w równej mierze zwolenników jak i przeciwników; tak samo nie jest jeszcze załatwioną i sprawa co do najodpowiedniejszego gatunku tychże. Jakkolwiek dla mnie powaga mego dawnego szefa prof. Mikulicza, jednego z głównych orędowników operowania w rękawiczkach, jako chirurga ponad wyraz wszelki jest świętą, to nie mniej wyrażnie zaznaczyć tu muszę, że byłem świadkiem faktu, który do głębi wstrząsł we mnie przekonaniem, by czucie dotyku w rękawiczkach nie cierpiało. Wśród operacyi nieodżałowanej pamięci prof. Obalińskiego, w której brałem udział, jako kontrolujący tętno, zauważyłem, że prof. Mikulicz w pewnej chwili macając ręką odzianą w rękawicę wątrobę, nagle rękawicę tę zdjął i dalej starał się oryentować gołym palcem. Widocznie musiał czuć, że rękawica mu przeszkadza!

W sprawie przepasek na usta i brodę stoję również na stanowisku sceptycznym tak jak i znaczna część chirurgów, jak to zresztą między innemi dobitnie i jasno przedstawił i Rydygier. Podczas operacyi panuje u mnie prawie absolutna

cisza, a porozumiewanie z asystentami następuje przeważnie na migi.

Dezynfekcyę pola operacyjnego odbywa się w podobny sposób jak i odkażenie rąk, a więc mydło i ciepła woda, wyskok, 5% kw. karbolowy, 1‰ sublimat, nastój jodowy. W niektórych przypadkach używamy dla usunięcia tłuszczu i eteru. Przed laparotomiami, o ile okoliczności na to pozwalają, podajemy chorym kąpiel a potem okład sublimatowy na brzuch przez 24 godzin. Rozumie się, że całe pole operacyjne otoczone jest świeżo w parze wyjałowionymi kompresami. Z chwilą poprowadzenia cięcia nie styka się już rana z żadnym środkiem przeciwnieślnym. Wyjątek stanowią jedynie te przypadki, w których nastąpiło wśród operacyi zakażenie rany n. p. przez pęknięcie zropiałego gruczołu; w tych razach splukujemy bezpośrednio po pęknięciu ropę z rany strumieniem sublimatu lub kwasu borowego celem jej mechanicznego usunięcia. Do wycierania ran i wymaczania krwi używamy kawałków gazy odtłuszczonej również codziennie świeżo w parze wyjałowionej. Do podwiązek i szwów używamy prawie wyłącznie jedwabiu przygotowanego sposobem Czernego, a tylko w miejscach odpowiednich drutu srebrnego lub glinowobronzowego. Jedwab wygotowany w karbolu okazał się dla nas w przeważnej liczbie przypadków wystarczającym. Nie od rzeczy będzie tu podnieść, że Mikulicz, jak już wspominałem jeden z głównych filarów nowoczesnego traktowania ran, napawa nitki oprócz tego jeszcze jodoformem¹⁾— najlepszy dowód niedostateczności wyłącznej aseptyki.

Rozumie się samo przez się, że każda komunikacya wnętrza rany ze skórą naraża ranę na możność następowego zakażenia, z tego też powodu w ostatnich czasach z małymi tylko wyjątkami zaniechałem zupełnie sączkowania ran do gojenia przez rychłozrost przeznaczonych.

W sprawie sterylizacyi narzędzi trzymam się ściśle prze-

¹⁾ Verhandlungen etc. str. 23.

pisów Schimelbuscha¹⁾. Narzędzia należy mechanicznie wyczyszczone gotujemy na tackach siatkowych tuż przed operacją przez 5 minut w 1% roztworze sodu, skąd wraz z tacką kładziemy je na tacę metalową napełnioną 1% roztworem kw. karbolowego. Wśród operacji asystent podający narzędzia spłukuje narzędzia wracające od operującego w miednicy napełnionej 5% kw. karbolowym z krwi i wkłada napowrót do 1% roztworu.

Do opatrunku używamy gazy jodoformowej własnego wyrobu, gazy odtłuszczonej świeżo sterylizowanej i waty Brunsa świeżo w parze wyjałowionej.

W przypadkach ran już zakażonych musimy oczywiście znacznie zboczyć w kierunku antyseptyki. Przygotowania do operacji są te same a różnica polega jedynie na tem, że oprócz dezynfekcy sąsiedztwa rany staramy się przeprowadzić dezynfekcyę samej rany. Sprawa ta była, jak wiadomo, przedmiotem bardzo skrupulatnych i pięknych badań Schimmelbuscha, Henlego, Messnera, Pascalea, Bergera, Reichela i innych, a choć wszyscy zgadzają się mniej więcej na to, że zupełne wyjałowienie rany zakażonej jest zazwyczaj niemożliwem, przecież radzą zastosować energicznie w takich razach środki przeciwnilne czy to w formie irygacyi, czy to w formie tamponady za pomocą gazy napojonej sublimatem lub innym równie dzielnym środkiem przeciwnilnym, a to głównie dlatego, by w części wydalić zarazki drogą mechaniczną a po części zmniejszyć i osłabić przynajmniej ich siłę zakaźną.

Zasadzie tej hołdujemy również na oddziale naszym i wyimujemy rany zakażone przy pierwszym ich opatrunku sublimatem energicznie. Postępowania tego nigdy dotąd nie żałowałem, nigdy też nie zauważyłem by po niem ropienie jak to niektórzy twierdzą było obfitszem. Najlepszą miarą skuteczności tej naszej terapii niech będzie ta okoliczność, że z całego sze-

¹⁾ Anleitung zur aseptischen Wundbehandlung. Berlin 1893, str. 72.

regu powikłanych złamań kończyn, w których choćby jedna tylko tętnica była utrzymana raz tylko jeden musieliśmy przystąpić do odjęcia kończyny i to w przypadku, w którym odłamki kości przedramieniowych głęboko wryły się w ziemię; w przypadku tym dezynfekcja rany okazała się niedostateczną a postępujące ropienie połączone z zakażeniem gnilnem zmusiło nas do odjęcia kończyny. We wszystkich innych razach zdołaliśmy pacjentom kończyny uratować.

Nadmienić wreszcie muszę, że celem zapobieżenia zakażenia ran czystych po operacyi od ropiejących zarządziłem, że sale na piętrze przeznaczone są wyłącznie tylko dla chorych z ranami czystymi, rany zaś ropiejące znajdują pomieszczenie w salach parterowych.

Z przedstawienia tego każdy bezstronny nabrać może przekonania, że działalność moja, jako prymariusza w kierunku anty- i aseptyki zdolna jest wytrzymać wszelką krytykę,— ja z mej strony zapewnić mogę, że działałam w tym kierunku pomny słów przysięgi służbowej dla dobra chorych z uwzględnieniem funduszków stojących do dyspozycyi.

Autorom zaś wyż wspomnianych zarzutów śmiem zwrócić uwagę, że o ile dotychczas mogłem przypuszczać, że pobudką ich zarzutów było może lekkomyślne powtarzanie gdzieś usłyszanych a niczem nie udowodnionych bajek, dziś o ile po przeczytaniu tego przedstawienia pisanego pod kontrolą całego mojego personalu lub po osobistem przekonaniu się, do którego każdej chwili chętnie sposobności im udzielaę, zarzuty te dalej by powtarzali, pobudki do tego szukać musiałbym w zupełnej nieznajomości całej sprawy, bo chyba trudno przypuszczać złej woli.

Do usypiania chorych na naszym oddziale używam za-

równie chloroformu czystego jak i mieszaniny chloroformu, wyskoku i eteru (w stosunku 4:1:1); mieszaniny tej używamy głównie do usypiania pacjentów osłabionych, niedomagających na sercu, dzieci i starców. Robiliśmy także próby w tym kierunku z chloretylem czystym, doświadczenia z tym środkiem nie są jednakże jeszcze ukończone. — Ilość narkoz ogólnych w roku ubiegłym znacznie zmalała, gdyż wszędzie tam, gdzie tylko było możliwem, używaliśmy znieczulenia miejscowego metodą Schleicha, Obersta, i przez zamrażanie eterem, chloretylem lub anestylem. Sposobami tymi z jednej strony wyświadczamy przysługę pacjentom chroniąc ich od nieprzyjemności i niebezpieczeństwa narkozy ogólnej, z drugiej strony kładłem właśnie nacisk na przyswojenie sobie sposobów znieczulenia miejscowego przez lekarzy oddziału, by dać im możliwość obejścia się w praktyce prywatnej po znacznej części bez chloroformu. Dla przykładu przytoczę tu tylko, że od roku wszystkie wole i przepukliny operujemy w znieczuleniu sposobem Schleicha, prawie wszystkie operacye zaś na stopie i ręce wykonujemy w znieczuleniu sposobem Obersta.

Liczba ambulantów w roku ubiegłym wzrosła do niebywałej cyfry **2165** (z tego **329** Żydów). Ambulatoryjum odbywa się w przeznaczonych do tego sali, a kierują niem lekarze praktykujący na oddziale za porządkiem mieniając się co 2 miesiące. W ten sposób chciałbym umożliwić siłom młodym pewną samodzielność w działaniu chirurgicznem, a że dzieje się to pod ciągłym moim nadzorem, więc chorzy na tem nie cierpią.

O ile choroby pacjentów nadają się do operacyi i leczenia ambulatoryjnego, odbywa się ta kuracya w ten sposób. Celem zapobieżenia obciążenia funduszków szpitalnych przez chorych ambulatoryjnie leczonych istnieje puszka zaprowadzona przez ś. p. prof. Obalińskiego, do której chorzy ci z wyjątkiem notorycznie biednych, zwracają z własnej woli kosztu materiałów opatrunkowych tak, że przez leczenie chorych przychodnich fundusz szpitala najmniejszej nie ponosi straty.

Od chwili objęcia oddziału starałem się utrzymać oddział na wyżynie nauki; do tego było koniecznem normalne funkcyonowanie pracowni histologiczno-bakteryologicznej i chemicznej, którą zastałem odłogiem leżącą. Pracowni bakteriologicznej z przyczyn odemnie niezależnych, urządzić i w ruch puścić nie mogłem; natomiast histologia i chemia funkcyonują normalnie wspierając nas w pracy klinicznej. Z przyjemnością zaznaczyć tu widzę się zniewolonym, że w usiłowaniach moich znalazłem w ramach budżetu zawsze jak najchętniejsze poparcie ze strony dyrektora szpitala prof. Ponikły, — o ile zaś fundusze szpitala na urzeczywistnienie moich propozycji przez niego aprobowanych nie zezwalały, z własnych funduszków wydatki pokrywałem n. p. przez zakupno mikrotomu i t. p.

Robotami histologicznymi w roku ubiegłym kierował nader sumiennie i pilnie elew oddziału Dr. Dziewoński a pod jego kierunkiem pracowali tam i inni lekarze oddziałowi.

O dążnościach naukowych całego personelu świadczy między innymi i ta okoliczność, że nie było ani jednego posiedzenia naukowego lekarzy szpitalnych, na któremby z oddziału naszego nie przedstawiono kilku chorych lub nie zgłoszono jakiegoś wykładu. Protokoły posiedzeń są tego najlepszym dowodem. W posiedzeniach tych brali udział wszyscy lekarze oddziału bez wyjątku wraz z prymaryuszem. Z uznaniem podnieść winienem, że nie brakło prób ze strony lekarzy oddziału w kierunku literackim. Na podstawie materiału zebranego na oddziale naszym ogłosili drukiem lub przesłali do druku redakcyom następujący panowie swe prace:

Prof. Trzebicki: O znieczuleniu miejscowem sposobem Schleicha.

Dr. Ackermann: Przypadek nerwobólu nerwu trójdzielnego wywołany przez zab nadliczbowy.

Dr. Wachtel: Cięża zewnątrzmaciczna przebiegająca pod objawami niedrożności przewodu pokarmowego.

Dr. Dziewoński: O wieloogniskowem wystąpieniu raków — i

W sprawie szwu nerwowego.

Dr. Dika: O leczeniu wrzodów podudzia.

Dr. Supiński: Przypadek gwałtownego krwotoku pęcherzowego.

W skład personalu lekarskiego w ubiegłym roku wchodzili następujący panowie:

Dr. Ackermann (do 1 grudnia), Dr. Sołtysik (od 1 grudnia), jako sekundaryusz I. Dr. Hirsch, Dr. Wachtel jako sekundaryusze II i III. Praktykantami byli: Dr. Dr. Baruszewicz, Bielawski, Boczar, Breiter, Dika, Dobrzański, Dobrzyński, Dziewoński, Friedman, Frommer, Goldberg, Himmelblau, Juras, Kazrlik, Liebeskind, Maszewski, Mikucki, Peterseim, S. Piotrowski, Sędzimir Służewski, Stahr, S. Stankiewicz, W. Stankiewicz, Supiński, Szmidt, Szydłowski, Unsin, Zakaszewski i Żychoń. Oprócz tego stale uczęszczali na oddział, jako hospitanци lekarze pułkowi: Kornhäuser i Sperber. Jako goście operowali na oddziale prof. Dr. Mars, Doc. Dr. Kościński i Dr. Żydłowicz. Z przyjemnością podnieść muszę, że wszyscy panowie z personalu oddziałowego odznaczali się zawsze pilnością i wzorową sumiennością w wykonywaniu swych obowiązków. Również miło mi tu zaznaczyć, że wogóle na oddziale moim dotąd panował i tuszę stale panować będzie między personelem lekarskim stosunek prawdziwie koleżeński, familijny, kojarzący wszystkich pod wspólnem hasłem z a s ł u ż e n i e d o b r e j r e p u t a c y i z a k ł a d u.

Kolegom z innych oddziałów zwłaszcza wewnętrznych i skórnych winniśmy podziękę za wspieranie nas materyałem, prof. Pieniążkowi i Doc. Baurowiczowi za wspieranie nas radą i doświadczeniem, a w szczególności za uprzejme zbadanie wszystkich chorych wolem dotkniętych.

Minąłbym się z prawdą, gdybym na tem miejscu nie podniósł z uznaniem działalności Sióstr Miłosierdzia. Jak drogo-

cenną jest ich pomoc w pielęgnowaniu pacjentów i utrzymywaniu porządku na salach chorych, o tem tylko własna obserwacya pouczyć i przekonać zdoła.

Wreszcie raz jeszcze spełniam miły nader obowiązek, dziękując dyrektorowi szpitala prof. Ponikle, za wyrozumiałość, prawdziwie ojcowską i sumienną opiekę nad oddziałem, za poparcie wszelkich dobrych usiłowań, i za staranne i dla oddziału korzystne godzenie wymogów nowoczesnych oddziału ze ścisłością administracyjną.

Ruch chorych na oddziale chirurgicznym w roku 1898.

Rodzaj choroby *)	Z roku 1897 pozostało	W roku 1898 przybyło	Razem	Na rok 1899 pozostało
Abscessus	7	176	183	10
Actinomycosis	—	1	1	—
Arthritis	31	226	257	32
Appendicitis	—	11	11	1
Corpus alicuum	—	4	4	—
Congelatio	—	2	2	—
Caries	5	57	62	5
Carcinoma	1	121	122	7
Conquassatio	1	19	20	3
Cystitis	1	3	4	2
Combustio	—	2	2	—
Contusio	—	25	25	—
Ectasia ventriculi	—	2	2	—
Empyema	2	27	29	3
Elephantiasis	—	3	3	1
Epistaxis	—	2	2	—
Fractura	2	68	70	4
Faux lupina	—	1	1	—

*) Celem uproszczenia zestawienia statystycznego staraliśmy się ilość rozpoznań w raporcie niniejszym jak najbardziej zmniejszyć unikając rozpoznań zbyt szczegółowych.

Rodzaj choroby	Z roku 1897 pozostało	W roku 1898 przybyło	Razem	Na rok 1899 pozostało
Fissura ani	—	10	10	—
Fistula ani	—	19	19	—
Gangraena	1	13	14	3
Genu valgum	—	7	7	—
Graviditas tubaria	—	1	1	—
Hernia	5	72	77	2
Hydrocele	2	7	9	—
Haemorrhoides	—	30	30	—
Hypospadiasis	—	2	2	—
Lymphomata	5	118	123	3
Lues	—	2	2	—
Lupus	2	—	2	—
Luxatio	—	8	8	—
Labium leporinum	—	2	2	—
Mastitis	—	5	5	—
Moribundus	—	18	18	—
Neoplasma	2	114	116	3
Neuralgia	—	6	6	1
Osteomyelitis	9	41	50	5
Occlusio intestini	—	17	17	—
Observatio	—	8	8	—
Phlegmone	6	122	128	12
Paraphimosis	—	1	1	—
Peritonitis	—	8	8	—
Polypus	—	1	1	—
Periostitis	—	11	11	—
Struma	3	59	62	4
Strictura urethrae	—	8	8	—
Ulcus	3	41	44	8
Varicocele	—	1	1	1
Vulnus	4	80	84	5
Z tego				
mężczyzn	49	945	994	58
kobiet	43	637	680	57
razem	92	1582	1674	115

Wyszczególnienie	Mężczyzn	Kobiet	Razem
W roku 1898 leczono	994	680	1674
Z tych wyszło uleczonych lub w znacznym polepszeniu	864	577	1441
Zmarło	72	46	118
Pozostało na rok 1899 w leczeniu	58	57	115

Z 118 przypadków śmierci było:

Arthritis	13
Cystitis	1
Conquassatio	2
Empyema	1
Fractura	8
Gangraena	2
Hernia	10
Lymphomata	2
Moribundus	18
Neoplasma	18
Occlusio	10
Phlegmone	30
Peritonitis	1
Struma maligna	1
Sepsis	1
Razem	118

Ruch chorych

w pojedynczych miesiącach roku 1898.

Miesiąc	Pozostało 31/XII 1897			Przybyło w roku 1898			Leczono	Wyszło			Zmarło			Pozostało 31/XII 1899		
	m.	k.	r.	m.	k.	r.		m.	k.	r.	m.	k.	r.	m.	k.	r.
	49	43	92													
Styczeń				68	37	105		64	36	100	—	1	1			
Luty				68	36	104		52	43	95	2	1	3			
Marzec				84	48	132		86	33	119	5	3	8			
Kwiecień				71	40	111		72	37	109	9	3	12			
Maj				92	77	169		83	65	148	10	4	14			
Czerwiec				81	50	131		70	44	114	5	6	11			
Lipiec				82	70	152		86	60	146	4	1	5			
Sierpień				92	67	159		77	65	142	5	6	11			
Wrzesień				82	56	138		73	50	123	13	8	21			
Paździer.				78	54	132		64	53	117	8	5	13			
Listopad				70	61	131		55	44	99	5	5	10			
Grudzień				77	41	118		82	47	129	6	3	9			
Razem				945	637	1582	1674	864	577	1441	72	46	118	58	57	115

Ilość dni leczenia	42181
Średni pobyt	25·19
Jedno łóżku było zajęte	363 dni.

Z zestawienia tego wynika, że odsetka śmiertelności w roku ubiegłym wynosiła na oddziale naszym 7·05%. Jeżeli jednakże uwzględnimy, że z pomiędzy 118 zmarłych, 18 przeniesiono na oddział już w stanie konania, że 12 chorych zmarło z gruźlicy ogólnej towarzyszącej miejscowym zmianom gruźliczym u nas leczonym, że 8 chorych zmarło z powodu ran z natury swej wprost śmiertelnych, a wreszcie że 24 chorych na rozległe ropne zapalenie tkanki podskórnej przybyło do szpitala już w okresie tak późnym, z tak wybitnymi objawami zakażenia gnilnego i ropnicowego, że ani na chwilę o ich uratowaniu m. rzyć nie można było, to po odliczeniu tych chorych u których wszelka nadzieja w skuteczność udzielonej pomocy z góry była wykluczona, redukuje się odsetka śmiertelności do 3·5%. Jest ona może większą niż w niektórych klinikach chirurgicznych, — ale bo też my nie mamy prawa wyboru materiału ani też możności pozbywania się chorych celem poprawienia sobie statystyki.

Wykaz operacyj z roku 1898.

Abscessus hepatis. Incisio	1
Amputatio cruris	25
» digit	2
» femoris	26
» humeri	3
» mammae	16
» manus	1
» penis	1
» uvulae	1
Antroatticotomia	16

Arthrotomia	3
Atheroma. Lipoma Ranula Exstirpatio . . .	20
Castratio	6
Cholecystotomia	1
Circumcisio	1
Cystis dermoidal, exstirp.	11
Deligatio gypsea	96
» vulner	37
Dilatatio stricturae urethrae	6
Ductus Stenoniani ligat.	2
Enucleatio bulbi	1
Empyema antri Highmori	4
» sinus frontalis	1
Exarticulatio antibrachii	2
» digitorum	16
» humeri et scapulae	1
» metacarpi	2
» metatarsi	3
Excochleatio. Incisio. Drainage	}
Extractio corp. alieni	
Divulsio etc.	575
Exploratio in narcosi	6
Exstirpatio glandul. lymph.	135
» hygromatis	11
» laryngis	1
» parotidis	1
» sarcomatis	17
Extractio corporis alieni vesicae	2
» polyp. narium	2
Fibromyomectomia	1
Gastroenterostomia	3
Gastrostomia	5
Hernia oper. rad. Czerny	8
» » » Bassini	5
» » » Kocher	32

Hernia incarcerata	16
» » c. resec. intestui	9
Hydrocele oper. radic	3
» punctio, injectio trae jodi	5
Injectio profunda emuls. jodof. c. glycerino	121
Labium leporinum m. Mirault	2
Laparotomia ex occlusionem	17
» » neoplasmate	8
» Jejunostomia	3
» explorativa	6
» ex graviditate extrauterina rupta	1
» peritonitide tbc	6
» externa Bardenheuer	4
Ligatura a. brachialis	1
» carotidis comm.	2
» a. subclaviae	1
» venae saphenae	3
Luxationis repositio	18
» » cruenta	2
Musculorrhaphia	1
Nephrectomia	2
Neurectomia	1
Neuroplastica	2
Ovariectomia	4
Osteotomia	11
Pacquelinisatio angiomatic	17
» fissurae ani	10
» fistulae »	19
» haemorrhoid	30
Pedes plani oper. Gleich	2
Perineoplastica	1
Pharyngotomia later. m. Mikulicz	1
Plastica	58
» urethrae	3
Punctio abdominis	25

Punctio abscessus frigidi	32
» gonitidis	18
» pyo v. sero thor	5
Pyloroplastica	2
Resectio costae	16
» coxae	1
» cubiti	1
» manus	2
» genus	3
» linguae	2
» maxillae inf.	10
» » super	3
» malleoli interni	1
» omenti (prolapsus)	1
» ossis coccygis	1
» sterni	1
» tibiae et fibulae	1
Rhinoplastica	1
Sarcoma baseos cranii exstirp	3
Scarificatio	1
Sectio alta vesicae	7
» mediana	1
Sequestrotomia	46
Struma	59
Sutura	10
» fistulae vesico vagin	1
Tenotomia	7
Tonsillotomia	3
Tendoplastica	5
Tracheotomia	1
Trepanatio cranii	5
Uranoplastica	1
Urethrotomia externa	5
Venaesectio	1

W przytoczonym co dopiero wykazie uderzyć musi niezwykle mała liczba resekcji stawów, zwłaszcza, w porównaniu z latami ubiegłymi. Przyczyny tego szukać należy z jednej strony w zmienionym sposobie leczenia gruźlicy lokalnej, z drugiej w nieświetnych wcale wynikach resekcji stawów z powodu gruźlicy w ogóle. W leczeniu tego cierpienia jestem gorącym zwolennikiem postępowania zachowawczego. Z początku, po objęciu kierownictwa oddziału dość często starałem się usunąć ogniska gruźlicze przez wyskrobanie za pomocą ostrej łyżki i następnie wytamponowanie całej rany gazą jodoformową. Niepewność wyników skłoniła mnie jednakże niebawem do zaniechania tego sposobu, zwłaszcza, że w systematycznym miąższowem wstrzykiwaniu zawiesiny jodoformowej do części schorzałych, wraz z zastosowaniem zastój żylnej według Biera i w unieruchomieniu stawów, posiadamy arcyskuteczny środek leczniczy przeciw gruźlicy miejscowej. To też, o ile choroba nie wymaga w wyjątkowych razach odjęcia kończyny, leczymy drogą zachowawczą wyżej podanym sposobem, a wyniki nasze są w tym względzie wcale dobre. Największą wagę w tej mierze kładę na należyte wykonanie zastrzykiwań miąższowych, przy których pewna systematyczność i pedanteria jest konieczną. O ostrożnościach, które przy tym sposobie leczenia zachować należy, wspomnę na innem miejscu, po ukończeniu pracy odnośnej przez panów Drów Frommera i Panka.

Z pomiędzy chorych, leczonych na oddziale w roku ubiegłym, a względnie tamże dokonanych operacji, pozwolę sobie zwrócić uwagę na niektóre przypadki bardziej zajmujące:

P r z y p a d e k m i k r o c e f a l i i z powodu przedwczesnego zrośnięcia się kości czaszkowych u dziecka 4-letniego. Pacjentka przesłana do nas przez Dra Rosenblatt'a nie mówiła wcale, a w zakresie intelligencji okazywała pewne upośledzenie. Wydłutowałem u niej szczelinę podłużną w kierunku szwu wieńcowego, od jednego ucha sięgającą do drugiego, szeroką na $\frac{1}{2}$ ctm. i przez pociąganie mocne za obydwa brzegi kostne w kierunkach przeciwnych starałem się kości czasz-

kowe nieco rozluźnić. Dziecko zniosło zabieg bardzo dobrze. Pomyślnego skutku jednakże na razie nie mogliśmy zauważyć. ani też o dalszych losach pacjentki jakiegokolwiek wieści zasięgnąć.

Przypadek uporczywego nerwobólu twarzowego, wywołanego przez ząb nadliczbowy został ogłoszony przez Dra Ackermana.

Pacjent z *Xeroderma pigmentosum*, którego historię choroby ogłosił w swoim czasie Prof. Dr. Reiss zgłosił się do nas z powodu guza wielkości małej pięści, wyrastającego z boku nosa i zasłaniającego w zupełności oko prawe. Na propozycję Dra Diki pędzlowaliśmy ten guz nowotworowy rozczynami formaliny, poczynając od najślabszych i przechodząc do corazto mocniejszych i stosując zarazem wstrzykiwania miąższowe tegoż rozczyну. Guz w całości uległ zgorzeli i odpadł. Niestety na innych miejscach sprawa rakowa dalej się toczyła. Względnie pomyślny wynik miejscowego działania formaliny zachęcił nas do przedsięwzięcia dalszych prób z tym środkiem przy nowotworach rakowych. Na pozór wyniki zdawały się być pomyślne, ostatecznego jednak zdania o tej sprawie nabrać nie zdołaliśmy, gdyż pacjenci zniecierpliwieni zbyt długim prze-wlekaniem kuracyi, szpital opuścili.

W przypadku nowotworu mięsakaowego wychodzącego z podstawy czaszki u młodego mężczyzny, opewanego już kilkakrotnie za pomocą pętli, wykonałem operację sposobem Gusseubauera przez rozcięcie podniebienia twardego i miękkiego. Krwotok był tak znaczny, że na stole operacyjnym musiano wlać litr rozczyну soli do żył. Po usunięciu 2 małych recydyw nastąpiło trwałe wyleczenie.

Z powodu raka krtani wykonano połowicze wycięcie tejże u mężczyzny lat 60 liczącego. Choroba była dość daleko posuniętą, jak tego dowodziła najlepiej okoliczność, że nowotwór przebiwszy chrząstkę tarczycową zajął i części miękkie sąsiednie.

Pacjent zmarł w miesiąc po operacji z powodu ogólnego wyniszczenia. Rana była w zupełności wygojoną.

Operacji wola dokonano 59 razy, głównie sposobem Socina lub Mikulicza i to wyłącznie w znieczuleniu miejscowym sposobem Schleicha. — Z chorych tych zmarł jeden, u którego guz obustronny kolosalnych rozmiarów wyjąłem za jednym razem. Mimo tego, że krwotok był wcale nieznaczny, chory zmarł w 2 godziny po operacji, wśród objawów zapadu. Od tego też czasu w przypadkach woli obustronnych większych rozmiarów celem uniknięcia wstrząsu zbytniego, operujemy każdą stronę z osobna w odstępach kilkotygodniowych. Pomiedzy pacjentami naszymi było 2 takich, którzy przed kilku laty przebyli już raz operację wola a zgłosili się ponownie z powodu guzów usadowionych za mostkiem i uciskających na tchawicę. W jednym przypadku wreszcie gruczoł tarczycowy był zwyrodniały mięsakowo a próba wyłuszczenia nowotworu okazała się nie wykonalną.

Dwa razy zmuszeni byliśmy do podwiązania tętnicy szyjnej głównej (Carotis com.), z powodu powtarzających się krwotoków z nowotworów szczęki dolnej, zajmujących i górną część szyi. Ze strony mózgu w obydwu przypadkach nie zauważyliśmy po podwiązaniu żadnych objawów.

A. subclavia podwiązaliśmy raz nad obojczykiem, jako operację przedwstępną przy wyłuszczeniu całej kończyny górnej wraz z łopatką, raz też jeden zmuszeni byliśmy podwiązać tętnicę ramieniową z powodu krwotoku wśród rozległego ropienia na kończynie górnej.

Resekcyi mostka a mianowicie części odpowiadającej przyczepieniu 3 i 4-go żebra wraz z przyczepem żeber dokonaliśmy z powodu mięsaka zajmującego zarówno przednią jak i tylną ścianę mostka u mężczyzny lat 54 liczącego. Prawy worek opłucnowy doznał wśród operacji skaleczenia. Pacjent umarł wśród objawów mocznicy a sekcyja wykazała przerzuty w płucach i przewlekłe zapalenie nerek.

Resekcyi części trzonu kręgów piersiowych dokonaliśmy z dobrem wynikiem z powodu gruźlicy u dziewczyny dwudziestoletniej.

Ciekawy obraz wędrowania wysięku opłucnowego obserwowaliśmy u pacjentki lat 21 liczącej, u której po przebytem obustronnem zapaleniu płuc i opłucnej wytworzył się ropień w okolicy lędźwiowej prawej tuż ponad grzebieniem ~~łopatk~~^{biodra}. Gdy mimo otwarcia ropnia pacjentka stale wysoko gorączkowała, musiałem, celem dojścia do pierwotnego ogniska chorobowego dokonać resekcyi sześciu dolnych żeber po stronie prawej.

Pyloroplastykę sposobem Heineke-Mikulicza wykonałem dwa razy z powodu zwężenia bliznowatego odźwiernika u mężczyzn 35 i 36 lat liczących, wysoce wynędzniałych, trapiionych wymiotami. W pierwszym przypadku operacja była nieco trudniejsza z powodu zrostów, za pomocą których odźwiernik wysoko ku przeponie był przymocowany, w drugim zaś przypadku z powodu ruchomości odźwiernika była bardzo łatwa. Wynik w obu przypadkach był świetny, gdyż mechanizm i chemizm trawienia wróciły zupełnie do stanu prawidłowego, a odżywienie chorych znacznie się poprawiło. Najlepszym tego dowodem, że pierwszy chory, który opuścił szpital ważąc 43·7 klgr. doniósł w kilka miesięcy z Budapesztu, że ciężar ciała jego przekracza 70 klgr.; u drugiego pacjenta waga wśród obserwacji szpitalnej podniosła się z 48 do 54 klgr.

Przy trzech gastroenterostomiach z powodu raka, użyto guzika Murphy'ego, który w żadnym przypadku nie odszedł jednak ze stolcem. W przypadku gruźlicy sieci i powłok brzusznych wychodzącej z kiszeki ślepej dokonałem po wycięciu części schorzałych z sieci i powłok resekcyi jelita ślepego z dobrym wynikiem (przemijająco utworzyła się była rzyć nieprawidłowa).

Z powodu niedrożności przewodu pokarmowego operowaliśmy siedmnaście razy, a mianowicie:

2 razy z powodu okręcenia całego jelita cienkiego około krezki (1 wyleczony, 1 umarł), 3 razy z powodu strangulacji (2 wyleczonych), 2 razy z powodu rozległych zróstów po przebytem zapaleniu otrzewnej (z zejściem śmiertelnem w obydwu przypadkach);

3 razy z powodu zawężenia się jelita cienkiego (1 raz wynik pomyślny, 2 razy niepomyślny);

1 raz z powodu okręcenia jelita esowatego z wynikiem pomyślnym;

4 razy z powodu wgłobienia (2 razy wynikiem pomyślnym), a wreszcie 2 razy z powodu nowotworu pętli esowatej.

Na 17 przypadkach operowanych osiągnęliśmy więc 7 wyleczeń.

Na wątrobie i przewodach żółciowych operowaliśmy 2 razy: raz z powodu ropnia wątroby prawdopodobnie przerzutowego po przebytej dysenterji z wynikiem pomyślnym, drugi raz z powodu zatkania przewodu żółciowego wspólnego (ductus choledochus), prawdopodobnie przez nowotwór trzustki z wynikiem niepomyślnym.

Przypadek pęknięcia ciąży trąbkowej ogłoszony został przez Dra Wachtla.

Na 45 przepuklin wolnych operowanych przeważnie sposobem Kochera straciliśmy tylko jednego chorego, a mianowicie dziecko niespełna jednoroczne z kolosalną przepukliną, które zmarło w kilka godzin po operacji Czernego wskutek wstrząsu. Przepuklin uwięźniętych niezgorzelinowych operowaliśmy 16, z tych 2 chorych bardzo na zdrowiu i odżywieniu podupadłych umarło. 3 razy wykonaliśmy z powodu zgorzeli jelita resekcję z następowym szwem jelita (1 chora wyzdrowiała, 1 umarła z zapalenia płuc przerzutowego a jeden chory lat blisko 80 liczący z wyniszczenia).

2 razy ograniczyliśmy się z powodu znacznego upadku sił do założenia rzyci nieprawidłowej, a 4 razy po resekcji założyliśmy guzik Murphyeego; 6 pacjentów ostatnich zmarło

wskutek dalszego rozwoju zapalenia otrzewnej istniejącego już przed operacją.

Śmiertelnie zakończyły się też 2 przypadki wyjęcia nerki, raz z powodu nowotworu, a raz z powodu zmian gruczliczych.

Torbiel skórzkową z bogatym uwłosieniem wyjęliśmy z sąsiedztwa odbytnicy u mężczyzny 25 lat liczącego.

Przypadek gwałtownego tętniczego krwotoku pęcherza został ogłoszony przez Dra Supińskiego. W przypadku gruczliczego zapalenia pęcherza osiągnęliśmy przez cięcie nadłonowe i miejscowe leczenie pęcherza tą drogą tak znaczną poprawę u 18-letniej panienki, że mogliśmy wreszcie pozwolić na zagojenie się rany operacyjnej. Z ciał obcych wydobyliśmy raz z pęcherza panienki szpilkę do włosów drogą naturalną, a u mężczyzny w sile wieku rurkę szklaną 10 cm. długą przez cięcie pośrodkowe cewki. U 4 chorych wytrzebionych z powodu przerostu gruczołu krokowego zauważyliśmy znaczną poprawę w oddawaniu moczu. Z powodu nacieku moczowego zgłosił się na oddział chory 58 lat liczący, któremu przed 25 laty z powodu raka (?) prącia dokonał odjęcia tegoż aż po moszna ś. p. Prof. Bryk.

Repozycji krwawej zwichnięcia zadawnionego w stawie biodrowym dokonałem raz sposobem Mikulicza i nabrałem przekonania, że przy tym sposobie trudności od prowadzenia nie o wiele maleją. Dwa razy musieliśmy celem zastąpienia ubytku w nerwach, powstałego po wycięciu mięsaka wszywać części odcięte nerwu do pni sąsiednich, — przypadki te są opisane w pracy Dr. Dziewońskiego. O Dzwijnej skłonności do wytwarzania nerwiaków w kikucie amputacyjnym świadczy przypadek dotyczący mężczyzny 29 lat liczącego, któremu przed 3-ma laty odjęto ramię w połowie wysokości. Chory zgłosił się do nas z powodu bolesnych nerwiaków, które się rozwinęły prawie na wszystkich zakończeniach pni nerwowych kikuta. Po ich wycięciu potworzyły się nowe guzy.

Że stosowanie terpentyny w przypadkach, w których odłamki kości nie okazują dążności do zrośnięcia się mimo znakomitych wyników, jakie tą drogą osiągnąć można czasami, może stać się niebezpiecznem, o tem pouczył nas przypadek następujący. U mężczyzny lat 30 liczącego, nader wątłego, któremu przed rokiem przestrzelono podudzie i złamano obydwie kości, odłamki nie okazywały najmniejszej dążności do gojenia się. Po ich odsłonięciu i odsunięciu okostnej wytamponowałem całą ranę gazą napojoną terpentyną w sposób przez Mikulicza podany. Niestety zamiast spodziewanego wyniku przyszło do rozległego ropienia posokowatego i nadżarcia wszystkich tętnic podudzia w nader licznych miejscach tak, że celem ratowania życia musiałem podudzie wyłuszczyć.

O stosowaniu opasek klejowych przy wrzodach podudzia i osiągniętych na tej drodze znakomitych wynikach wspomniał Dr Dika w swej pracy. Obecnie kombinujemy ten sposób leczenia z podwiązaniem żyły (v. saphena) we wszystkich tych przypadkach, w których żyłaki są widoczne.



