

# MEDYCyna.

CHASOPISMO TYGODNIOWE  
dla lekarzy-praktyków.

**Warunki przedpłaty:** w Warszawie, rocznie rs. 6, półrocznie rs. 3. Z przesyłką pocztową, rocznie rs. 7, półrocznie rs. 3 kop. 50. **Cena numeru pojedynczego** kop. 15. **Cena ogłoszeń:** Za wiersz jednoszpaltowy drobnem pismem lub za jego miejsce kop. 10. Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracja „Medycyna”. — W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38.

**Adres Wydawcy:** Żłota Nr. 14.

**Adres Redaktora:** Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

**TREŚĆ. Prace oryginalne.** Profesor Kosiński jako praktyk. Podał d-r Ig. Baranowski. — O ranach serca. Przyczynek do operacyjnego leczenia zranień serca wraz z opisem trzech własnych spostrzeżeń. Podali: Witold Horodyński i Wacław Maliszewski. (Dokończenie). — Przemieszczenie jądra pod skórę okolicy pachwinowej pochodzenia urazowego. Podał D-r med. Ludwik Krause. (Dokończenie) — **Wiadomości bieżące**

## „MEDYCINA“

GAZETTE MEDICALE HEBDOMADAIRE  
destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) Prof. D-r I. Baranowski — Le professeur Kosiński comme médecin-praticien. 2) Dr Horodyński et Dr Maliszewski — Sur les plaies du coeur et leur traitement opératoire. Notes sur trois cas. 3) D-r L. Krause — Dislocation traumatique du testicule sous la peau.

## „MEDYCINA“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT  
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) Prof. Dr I. Baranowski — Professor Kosiński als praktischer Arzt 2) Dr Horodyński et Dr Maliszewski — Ueber Herzwunden. Ein Beitrag zur operativen Behandlung der Herzwunden; drei eigene Beobachtungen. 3) Dr L. Krause — Traumatische Verlagerung des Hodens unter die Haut.

## „Profesor Kosiński jako praktyk“.

Przebrzmiał spór, z wielkiem ożywieniem toczony, o stosunku medycyny wewnętrznej do chirurgii *et vice versa*. Mogłoby się nawet zdawać, że w sporze tym mniej było istotnej treści i mniej rzeczywistego doń powodu, aniżeli się to spór wiodącym zdawać mogło. Wszak powszechnem wśród ogółu lekarzy jest to przekonanie, że jak jest jedną nauka anatomii, fizjologii normalnej i patologicznej, jak jedne są sposoby badania i rozeznawania stosunków i własności ustroju, tak też jednakowe i na tych samych podstawach naukowych oparte musi być wykształcenie lekarza. bez względu na specjalność, którą w praktyce uprawia. Specjalności tych namnożyło się w praktycznej medycynie wiele, wraz z szybkim rozwojem nauki. Każda wymaga pewnych odrębnych technicznych uzdolnień, obycia się z pewnemi grupami fenomenów życiowych, a zarazem biegłości umysłu w ich rozeznawaniu i ocenianiu; ale to, co stanowi podstawę i właściwą treść wykształcenia lekarza, co jest istotą posiadanych przez niego o ustroju ludzkim pojęć i wiadomości, i co jest zarazem punktem wyjścia, pobudką i umotywowaniem jego działalności praktycznej, to jest wspólne i nieodzowne dla każdego lekarza bez względu na dział, jaki w praktyce uprawia.

Takie pojmowanie wszelkich działów praktycznej medycyny, wszelkich w niej specjalności wiąże się z tem naszym przekonaniem, że lekarz w każdym leczonym przez siebie przypadku ma do czynienia nie z chorobą tego lub innego narządu, oka, nosa, macicy, czy żołądka, a z ustrojem chorym; że chcąc ustrojowi przyjść z pomocą, na to nie wystarcza rozeznanie i nazwanie formy choroby, jak je ustanawia i klasyfikuje nauka opisowa szczegółowej patologii, ale że należy zbadać dokładnie i zdać sobie szczegółową sprawę ze stosunków i własności chorego ustroju, t. j. ustroju, w którym tak, czy inaczej określona i umiejscowiona sprawa chorobowa zachodzi. Każdy też wykształcony lekarz niesie w sobie to głębokie przekonanie, że stany nieprawidłowe czyli chorobowe wyrównywa, usuwa, leczy sam ustrój, a zadanie lekarza, tego „sługi natury“ („*minister naturae*“), jak się nazywali od wieków wszyscy poważnie pojmujący stanowisko swoje klinycyści, zadanie lekarza polega na obmyśleniu odpowiednich warunków higienicznych i dyetetycznych, na dostarczeniu choremu ustrojowi pewnych bodźców fizycznych (termicznych, elektrycznych), chemicznych (jak środki farmaceutyczne), psychicznych, wreszcie niekiedy na wykonaniu pewnych rękoczynów chirurgicznych, z pomocą których usiłujemy postawić ustrój chory w warunkach najłatwiejszego wyrównania istniejących zaburzeń. Żaden też lekarz nie staje dziś na stanowisku materialistów z końca XVIII stulecia („*l'homme machine*“), nie porównywa zadania swego z pracą zegarmistrza, mechanika. To są pojęcia dawno przebrzmiałe. Kursują one nie wśród lekarzy, a spotykamy się z nimi w sądach i opiniach, wyrażanych o medycynie przez dyletantów, którzy nauki naszej i jej współczesnego stanu nie rozumieją.

To też jak jedną jest nauka, tak jednym wykształcenie bez względu na specjalność, którą dany lekarz uprawia – a mnie interniście wolno tem samem oceniać działalność kliniczną i praktyczną chirurga i wolno mi mówić o profesorze KOSIŃSKIM, jako o znakomitym klinycyście i praktyku. Działalności profesora klinicznej nie będę dotykał. Są bliżej ją znający. Mówić będą o praktyku.

Lekarz, aby mógł działać z istotnym przy łożu chorego pożytkiem, winien przede wszystkim być sumiennym w badaniu chorego i być w tem badaniu biegłym. Pierwsze warunkuje drugie: biegłość zdobywa się jedynie sumiennością. Ta nieodzowna biegłość polega nie tylko na nabyciu technicznych sposobów i metod badania, ale zarazem na wyrobieniu metod logicznego postępowania, właściwych metod myślenia, na utorowaniu pewnych dróg w umyśle, uzdalniających do ocenienia rozeznaczonych zjawisk życiowych oraz do ich zestawienia, do ich syntezy, za pomocą której odtwarzamy obraz całości badanego ustroju, jego stosunków, własności, warunków wewnętrznych jego bytu. Otóż KOSIŃSKI posiada umysł dzielny, energiczny, umysł, zdążający najprostszemi drogami do celu. A dróg tych nie krzyżują i nie zaciemniają jakieś mętne teorie, luźne przypuszczenia i hipotezy, za czem idzie niezwykła stanowczość sądu. Powiedziałbym, że w tej i takiej działalności umysłu znać chirurga, który nawykł wyniki badań dyagnostycznych sprawdzać *in vivo*. Zadania, które chirurg przy łóżku chorego rozwiązuje, są bądź co bądź na ogół prostsze i dostępnejsze od tych, z jakimi się internista co chwila spotykać i borykać jest zmuszony. Pomijam sferę zadań najpowszedniejszych w zawodzie chirurga, jak złamania i zwichnięcia, rany i wszelkie obrażenia zewnętrzne, pomijam cierpienia kości i stawów, nowotwory i t. p. Nawet bowiem w tych razach, gdzie chirurg wkracza w dziedzinę internisty, na-

wet tam pod rękę jego dostają się jedynie te przypadki, które we względzie natury swojej, pochodzenia i umiejscowienia najmniej pozostawiają wątpliwości. Gdzie bowiem chirurg przystępuje do otworzenia danej jamy dla przedsięwzięcia na narządzie wewnętrznym rękoczynu, tam musi poprzedzić jasne określenie rodzaju sprawy chorobowej i jej dokładne umiejscowienie lub przynajmniej musi ośmielać go do podjęcia rękoczynu to przekonanie, że samo postępowanie chirurgiczne zachodzące niejasności czy wątpliwości usunie. Żądaj ta pewność i ta stanowczość sądu która się staje właściwością umysłu chirurga, i którą też profesor KOSIŃSKI posiada w stopniu wysokim.

Drugą zaletą lekarza praktyka, drugim nieodzownym warunkiem, aby jego działalność przynosiła istotne choremu pożytki, jest rozważa w postępowaniu, trafne obmyślenie i ujęcie zadań do spełnienia, czyli tak zwanych wskazań leczniczych, oraz sumienne i staranne ich wypełnienie. Taka rozważa, przezorność, miara właściwa i sumienność w postępowaniu, to nie są już atrybuta czy właściwości jedynie umysłu; one stanowią zarazem cechę charakteru lekarza, a wiążą się ściśle i są wynikiem żywego zainteresowania losem chorego. Tych zalet charakteru nie wyrobi w sobie lekarz obojętny na dołę chorego, na życie ludzkie.

Możemy to z chlubą powiedzieć, że w tradycjach medycyny polskiej, w tem, co jako przykład i wzór odziedziczyliśmy po najlepszych z pomiędzy naszych poprzedników w przekazach takich MARCINKOWSKICH, DIETLÓW, DWORZACZKÓW, CHAŁUBIŃSKICH, w tych przekazach tkwi ten pierwiastek ludzki, humanitarny który cechuje ogół naszej pracy zawodowej. Człowieka chorego, jego życie traktuje u nas lekarz ze współczuciem, jakie się człowiekowi od człowieka należy. Bez tego pierwiastku nie tylko lekarz nie spełni zadania swego, nie spełni go sędzia, adwokat, nauczyciel i każdy inny, kto z materiałem żywym ludzkim, w pracy zawodowej ma do czynienia. Owóż z tem szczerem i głębokiem zainteresowaniem się chorym, jako bliźnim, i jego losem, nadającą działalnośći praktycznej lekarza cechę podniosłą, humanitarną, z tem właśnie spotykamy się u profesora KOSIŃSKIEGO. A że KOSIŃSKI włada nożem, jak artysta, że w ruchu jego rąk jest coś niezwykle zręcznego, o tem niechaj prawią ci, którzy mu są w tem najbliżsi, jako współpracownicy i uczniowie.

Jedno jeszcze dodam: oto wspomniałem CHAŁUBIŃSKIEGO. Z pomiędzy wymienionych znakomitych lekarzy polskich on nam najbliższy epoką i wpływem. Był istotnie wzorem ludzkości w postępowaniu z chorymi, umiał wpływem swoim moralnym na rzeszę lekarską, swoim dziwnie taktownem postępowaniem z kolegami młodszymi, umiał lekarza uchronić od kolizyi i zająć, które stanowisku naszemu zawodowemu ujmę przynosić muszą. Przed prof. KOSIŃSKIM są jeszcze lata działalności naukowej i praktycznej. Niechaj nam będzie wolno oczekiwać, że jak zdobył sobie zasłużony rozgłos znakomitego profesora i praktyka, tak też powagą i taktem postępowania zdoła przekazać młodszemu te właściwości i obyczaje postępowania koleżeńskie, które stanowisku lekarza w społeczeństwie nadają wartość i rzetelne znaczenie<sup>1)</sup>.

*D-r Ig. Baranowski.*

---

<sup>1)</sup> Ze względów technicznej natury artykuł niniejszy jako też i dokończenie prac kol. HORODYŃSKIEGO i MALISZEWSKIEGO oraz kol. KRAUSEGO nie mogły być pomieszczone w Nr. 21 naszego pisma (Red.).

Z KLINIKI CHIRURGICZNEJ PROF. J. KOSIŃSKIEGO.

## O ranach serca.

Przyczynek do operacyjnego leczenia zranień serca wraz z opisem trzech własnych spostrzeżeń.

Podali

**WITOLD HORODYŃSKI i WACŁAW MALISZEWSKI**

ordynatorowie kliniki.

(Dokończenie.—Zob. Nr. 21).

Przypadek I (W. HORODYŃSKIEGO). 6 grudnia 1898 r. o godzinie 3½ po południu lekarz Pogotowia ratunkowego przywiózł do kliniki chirurgicznej w szpitalu Św. Ducha Annę D., mężatkę, lat 23 mającą, z raną klutą w okolicy serca. Uszkodzenie to powstało, mniej więcej, godzinę temu wskutek pchnięcia podczas kłótni nożem. Przy oględzinach znaleziono, co następuje: chora młoda, budowy prawidłowej, odżywiania średniego, nieprzytomna. Twarz bardzo blada, jak również cała skóra i widoczne błony śluzowe, źrenice silnie rozszerzone, na światło nie oddziałują. Wargi, paznogie u rąk i nóg sine, kończyny chłodne, na czole kropelki potu. Oddech bardzo powierzchowny, ledwie widoczny, lecz równy. W tętnicach promieniowych tętno nie wyczuwa się, i tylko w wielkich naczyniach, jak tętnice szyjowe, stwierdzić można 70 uderzeń na minutę, przytem tętno miękkie, łatwo uciskające się i szybkie. Na prawym policzku, na jednym poziomie ze skrzydłem nosa, trzy półkoliste powierzchowne ranki, jak gdyby odcisnięte od paznokci, dalej zdarcie naskórka na grzbiecie nosa i drugie podobne obtarcie na kości licowej przy zewnętrznym kącie oczodołu. Po zdjęciu czasowo nałożonego opatrunku znaleziono: ruchy klatki piersiowej bardzo słabe, z lewej strony słabsze, niż z prawej, oddechów 21 na minutę, typ oddechania brzuszny. Na lewej połowie klatki piersiowej w odległości 2 ctm. od lewego brzegu mostka i na wewnętrznym brzegu lewej sutki w 3 międzyżebżu rana kluta, pionowa, z gładkimi, równymi brzegami, długości 2—2,5 ctm., szerokości 1 ctm. Z rany w niewielkiej ilości sączy się kropelkami ciemna, płynna krew. Przy opukiwaniu okolicy serca otrzymujemy stępienie, jednak mało co większe od zwykłego, przeważnie wlewo. Samo opukiwanie serca, nawet lekkie, jest bardzo bolesne, gdyż chora, nie oddziałująca na inne bodźce, teraz jęczy i bezwiednie broni się rękami. Przy opukiwaniu płuc u dołu z lewej strony stępienie, sięgające do końca łopatk. Wysłuchiwanie płuc wykazuje tylko znaczne osłabienie oddechu. Z ust czuć wyziewy alkoholu, od czasu do czasu odbijania również alkoholem. Brzuch lekko wzdęty, chora bezwiednie oddaje mocz i kał.

W przypuszczeniu, że mamy do czynienia ze zranieniem większego naczynia, np. tętnicy międzyżebrowej lub sutkowej wewnętrznej, a z wielkim prawdopodobieństwem i ze zranieniem osierdzia, postanowiliśmy bezzwłocznie przystąpić do operacji, wobec zaś ciężkiego ogólnego stanu chorej, uznaliśmy za stosowne wykonać ją bez narkozy. Po możliwie dokładnem odkażeniu skóry mydłem, eterem i sublimatem, przekonaliśmy się za pomocą zgłębnika o istnieniu odwarstwień pod skórą, wypełnionych skrzepami krwi. Z tego powodu rana skórna została rozszerzona w górę do górnego brzegu trzeciego żebra, w dół do dolnego brzegu

piątego żebra, przyczem wewnętrzny brzeg lewej sutki został nieco nadcięty. Usunąwszy wielką ilość skrzepów, przekonaliśmy się, że opłucna przecięta jest pomiędzy 4 i 5 żebrzem, t. j. w 4 międzyżebrzu, zatem rana w niej znajdowała się znacznie niżej od rany skórnej. Kierunek rany był z góry i zewnątrz, ku dołowi i nieco na wewnątrz. Rana w opłucnie również pionowa, z równymi brzegami długości 2—2,5 ctm. Przy oddechaniu przez nią ze świstem przechodzi powietrze, przy każdym zaś wdechu wylewa się przez ranę w opłucnie wielka ilość ciemnej płynnej krwi. Tętnica sutkowa wewnętrzna nie uszkodzona. Wobec tego, będąc prawie pewni, że mamy do czynienia z ważniejszym jakimś uszkodzeniem, postanowiliśmy wyrezekować część klatki piersiowej, żeby mózł lepiej obejrzeć zranione narządy. Mając na uwadze świeżo podany sposób RYDYGIERA, początkowo chcieliśmy skorzystać z niego dla dostania się do wnętrza klatki piersiowej, i w tym celu od górnego kąta rany skórnej poprowadzone zostało cięcie poprzeczne na prawo do górnego brzegu 3 żebra z prawej strony. Następnie części miękkie wraz z ochrząstną żeber zostały oddzielone skrobaczką; po przecięciu chrząstek 3, 4 i 5 żebra na linii, pionowo przeprowadzonej przez ranę opłucny, i po rozszerzeniu rany za pomocą tępych haków, przekonaliśmy się, że podatność rany do rozszerzenia się jest dość znaczna, i dostęp do osierdzia dostateczny. Wobec tego sposób RYDYGIERA, jako znacznie przedłużający operację, został zaniechany, i tylko wyrezekowano z chrząstek 4-go żebra około 2 ctm., z 5 około 2,5 ctm., ranę zaś w opłucnie rozszerzono ku górze i ku dołowi na przestrzeni 8—9 ctm. Po rozszerzeniu tej ostatniej rany znaleziono: lewe płuco zapadnięte prawie zupełnie i uciśnięte przez wielką ilość ( $1\frac{1}{2}$ —2 litrów) w części skrzepłej, w części płynnej krwi. Przedni brzeg płuca (*lingula*) przebity na wylot, wokół zaś rany liczne podbiegnięcia krwią. Po usunięciu go ku górze i wybraniu części krwi z opłucny, na wewnętrznej powierzchni rany okazało się, że na osierdzu jest rana również od 2—2,5 ctm. długa, z której obficie wylewa się krew płynna ciemnego koloru. Po rozszerzeniu rany w osierdzu na dół i ku górze do 7—8 ctm. długości i po usunięciu z niego za pomocą kleszczyków znacznej ilości skrzepów, z których część była już odbarwiona, zauważyliśmy, że ruchy serca, które dotąd były falowate i robiły wrażenie „trzepotania się serca“, prawie natychmiast stały się energiczniejszymi, i czynność serca podniosła się o tyle, że można było wyczuć tętno w tętnicach promieniowych. Jednocześnie jednak zauważyliśmy, że krew w osierdzu, pulsując, przybiera, i, po rozszerzeniu rany w osierdzu, ujrzelśmy w głębi i na prawo od rany w osierdzu ranę w samym sercu, z której rytmicznie wypływała krew. Wówczas lewą ręką, włożoną do osierdzia, serce zostało nawpół wydobyte z niego, i wtenczas na przedniej powierzchni prawej komory, tuż prawie przy przegrodzie międzykomorowej, mniej więcej w dolnej trzeciej części długości serca, łatwo można było widzieć ranę kłutą, długości około 1,5 ctm., z której przy każdym skurczu tryskała fontanną ciemna krew. Dolny brzeg rany został ujęty szczypczykami haczykowatymi i naciągnięty dość silnie, że krwawienie w części zostało powstrzymane. Następnie za pomocą cienkiej igły nałożono szew z cienkiego jedwabiu na dolny kąt rany i po zawiązaniu go na węzeł, trzymając go za dwa końce, można było do pewnego stopnia utrzymać w powietrzu wierzchołek serca. Nałożyć następne szwy było już znacznie łatwiej. Szwów wszystkich nałożono pięć, z tych trzy głębsze i dwa powierzchowne; przy głębokich igła była wkluwana około 3 mm. od brzegów rany i na 2—2,5 mm. wgłąb, przy powierzchownych wkluwano i wykluwano igłę na 1,5—2 mm. od brzegów rany i przejmowano tylko grubość samego osierdzia. Podczas trzymania w ręku serca, przed nałożeniem szwów, miało się uczucie, że trzyma

się w rękę pelzającego robaka. Opisywanego przy ukluciach serca lub zawiązywaniu węzłów zatrzymywania się ruchów serca nie zauważyliśmy; również skurcz i rozkurcz nie miał szczególnego wpływu na zawiązywanie nitek, tak że to ostatnie udawało się bez względu na fazę działalności komory. Wprawdzie przyspieszona akcja serca, przeszło 100 uderzeń na minutę, nie pozwalała zaciągnąć węzła tylko podczas jednego skurczu lub rozkurczu. Osierdzie sercowe dawało się ściągnąć zupełnie dobrze i nie rwało się. Z chwilą nałożenia szwów krwawienie z powierzchni serca ustało zupełnie, krew z osierdzia została wybrana tamponami z gazy, samo osierdzie zeszyte 7 szwami węzełkowymi. Opłucna została ściągnięta szwem ciągłym tylko częściowo, gdyż bardzo łatwo rozrywała się przy dociąganiu nitek. Na wierzchu tego rana wypełniona została gazą sterylizowaną, rana skórna poprzeczna zeszyta w całości, podłużna tylko w kątach, na to wszystko położony aseptyczny opatrunek. Operację, trwającą około 5 kwadransów, wykonał HORODYŃSKI przy pomocy kolegów MALISZEWSKIEGO, SPIELREINA, BORZYMOWSKIEGO i w obecności naczelnego lekarza S. ZALESKIEGO.

Już pod koniec operacji przytomność chorej zaczęła powracać, i tętno, które poprzednio w tętnicach promieniowych wyczuwało się, po skończonej operacji można było porachować w liczbie 92—96 uderzeń drobnych, falowatych lecz regularnych. Chorej zrobiono wlewania fizyologicznego roztworu soli kuchennej do odbytnicy, ciepło okryto i obłożono kamionkami z gorącą wodą. Do wewnątrz chora miała podawane wino, herbatę ciepłą, kawę. Z leków zastosowano podskórne wstrzykiwania co 2 godziny kofeiny

O 12 w nocy chora zupełnie przytomna, opowiada o wypadku, uskarża się na ból w lewym boku. Tętno 112, szybkie, falowate. Zalecono *t-ram strophanti*, w kwadrans później zastrzyknięto morfinę.

7. XII. Dnia następnego stan bezgorączkowy. Tętno 120, szybkie, falowate. *Pulsatio systolica in v. jugulari interna*. W nocy spała trochę. Bólów niema, stan ogólny niezły. Kończyny ciepłe. Tony serca słabe, lecz czyste. Oddech równy 27—30. Pragnienie dość duże. O godzinie 1 z południa tętno 140. Ciśnienie krwi w tętnicach promieniowych, otrzymane za pomocą przyrządu BASCH'a, 145 mm. Zalecono *digitilis*. Wieczorem tegoż dnia chora uskarża się na ból w lewym boku. Oddech przyspieszony 42. Tętno 130 szybkie. Ciepłota 36,6°. Z lewej strony u dołu oddechu nie słychać. Na noc zastrzyknięto morfinę.

8. XII. Gorączkuje. Ciepłota 38,6°. Tętno 140 szybkie, drobne. R. 45 popierchowne. Opatrunek, przesiąknięty krwawą wydzieliną, zmieniony, do opłucny wprowadzony sączek. W oddechaniu lewa połowa klatki piersiowej nie przyjmuje udziału. Przy wysłuchiwanie lewego płuca w dolnych częściach oddech zniesiony. Chora kaszle. Prócz naparstnicy dostaje narkotyki. Za posiłek dostaje mleko, herbatę, rosół, bulion i wino. Ławatywa.

9. XII. Gorączkuje. Ciepłota 38,7°. Tętno 136, szybkie, lecz dosyć pełne. Ciśnienie krwi w tętnicach promieniowych 145 mm. Język wilgotny. Spała dość dobrze, podmiotowo czuje się lepiej. Klucie w lewym boku mniejsze. Skarży się tylko na kaszel. Przy opukiwaniu z lewej strony stępienie od połowy łopatki. Oddech do połowy łopatki oskrzelowy, u dołu nie wysłuchuje się. Tony serca słabe. Leczenie, jak dnia poprzedniego.

10. XII. Ciepłota 39,2°. Noc źle przepędziła, spała tylko po narkotykach. Uskarża się na kaszel. Tętno 140. O. 28. Przesiąknięty opatrunek zmieniono. Rana pokryta szarym nalotem. Pędzlowanie rany nalewką jodową, opatrunek wilgotny. Z lewej strony z tyłu stępienie od połowy łopatki. Oddechu na tym miejscu wcale nie słychać; nieco wyżej oddech oskrzelowy, u wierzchołka zaostrozony.

*Frenitus pectoralis* brak. Zrobiono przekłucie próbne z tyłu pod 9 żebrem i otrzymano płyn surowiczo-krwawy ze znaczną domieszką krwi, lecz przezroczysty. Granic serca z powodu otoku powietrznego osierdzia (*pneumopericardium*) określić nie podobna. Przy wysłuchiowaniu serca wyraźne systoliczne tarcie w osierdziu. Tony serca czyste. Od dwóch dni brak wypróżnień. Chorej podano olej rącznikowy. Z powodu kaszlu zalecono *pulv. Doveri*.

11. XII. Stan ogólny bez zmiany. Znaczna sinica na twarzy. Ciepłota 38,5° Tętno 140. R. 36.

12. XII. Ciepłota 37,4°. Tętno 136. O. 38. Duszność, sinica warg. Zmiana opatrunku, rana oczyszcza się. Wyсіk w lewej opłucnie dochodzi do połowy łopatki. Przy przekłuciu próbnym otrzymany płyn więcej mętny, niż za pierwszym razem. Torakotomia z rezekcją 9 żebra na linii łopatkowej przy znieczuleniu miejscowem według SCHLEICH'a. Wypuszczono około 500 ctm. płynu ciemnego kawowego. Po operacji zastrzyknięto kofeinę; w. ciepłota 39,2°. Tętno 140. O. 38. Duszność, bóle w lewym boku. *Inj. morphii*.

13. XII. Ciepłota 38,8°. Tętno 140. O. 38. Sinica mniejsza. Stan ogólny trochę lepszy. Wydzielina z rany skąpa, rana atoniczna. *Vesp.* Ciepłota 38,8°.

14. XII. Ciepłota 37,6°. Tętno 136. O. 42 powierzchowne. Wydzielina z rany surowiczo-ropna dość obfita. Łaknienie umiarkowane. Wobec duszności wdechanie tlenu.

15. XII. Stan podgorączkowy, stan ogólny nieco lepszy.

16. XII. Znowu gorączkuje. Ciepłota r. 38,6°, w. 39,4°. Tętno 120 nierówne

18. XII. Ciepłota r. 38,3° w. 39,2°. Tętno 120 czasem przepuszczające. Rany pokryte ziarniną różową dosyć czystą.

20. XII. Ciepłota r. 38,4°. Tętno 120. O. 32. Z prawej strony z tyłu oddech osłabiony. Tony serca głucho, lecz czyste, tarcie w osierdziu nie wysłuchuje się.

21. XII. Stan ogólny bez zmiany.

24. XII. Rany czyste, ziarnina biała. Wieczorami gorączkuje. W prawem płucu z tyłu u dołu tarcie opłucnowe.

25. Stan ogólny gorszy. Silna duszność. Tętno 130 drobne.

26. XII. Gorączkuje. Tętno 132. O. 50, duszność. Z prawej strony u dołu stępienie. Na miejscu tem oddech osłabiony. Próbne przekłucie — otrzymano płyn surowiczy. Ropienie z lewej opłucny dość obfite.

27. XII. Rano 36,8°, tętno 120. O. 38. Duszność cokolwiek mniejsza. Z prawej opłucny wydobyto przy pomocy przyrządu POTAIN'a około 120 ctm. surowiczego mętnego płynu. Stan ogólny zły. Wieczorem podczas wizyty prawie nagle śmierć.

Badanie zwłok, dokonane w dniu następnym, wykazało: ciało kobiety o prawidłowej budowie, z bladą skórą i błonami śluzowymi, z dość znaczną ilością tkanki tłuszczowej podskórnej. W okolicy sutkowej lewej widać bliźnę podłużną, idącą wzdłuż mostka na 2 ctm. od lewego jego brzegu, mniej więcej 10 ctm. długą, a przechodzącą do rany 3—4 ctm. długiej. Chrzęstki: 3 żebra przecięta, 4 i 5 rezekowane, 4-go na przestrzeni 2—2,5 ctm., 5-go — 2,5—3 ctm. Od górnego brzegu blizny idzie druga, lekko wypukła ku górze, wlewo do prawego 3 żebra. Po usunięciu mostka i części chrzęstnych żeber okazało się: osierdzie przyrośnięte do rany skórnej, częściowo do opłucny lewej. Lewe płuco małe, skurczone, konsystencji skóry, zwłaszcza jego dolny płat, szaro czerwone, przy ucisku nie trzeszczące, na przecięciu suche, blade. W jamie opłucny ewej nieco ropnego płynu. Opłucna zgrubiała, pokryta włóknikowemi masami.

Prawe płuco u góry przyrośnięte, płuco przy ucisku trzeszczy, na przekroju czerwone, w jamie opłucny prawej nieco czerwonego surowiczego płynu.

Osierdzie powiększone, po rozcięciu okazuje się, że w tylnych częściach pomiędzy listkami zawiera około 50—60 grm. płynu gęstego, żółtawego. Listki, otaczające płyn, są zgrubiałe, mętne, zaczerwienione i pokryte grubą warstwą twardego beleczkowatego włókniaka. Oprócz tej tylnej części, gdzie był płynny wysięk, listki osierdzia przylegają do siebie tak silnie, że trudno je oderwać. Przyleganie to nie jest bezpośrednie, ale pomiędzy blaszkami przylegającymi leży, miejscami cienka, miejscami na 2—3 milim. gruba warstwa beleczkowatego włókniaka. Serce w rozmiarze poprzecznym ma 105 mm., podłużnym 110 mm., największa grubość serca 36 mm. Mięsień od zewnątrz pokrywa niewielka ilość tkanki tłuszczowej, naczynia w niej bez zmiany widocznej. Mięsień lewej komory przy podstawie 9 mm. błady, nieco mętnawy, rozrywa się nie łatwo. Mięśnie papilarne przednie i tylne rozwinięte dobrze. Lewy otwór żylny przepuszcza 2 palce. Zastawki bez zmian widocznych. To samo i zastawki półksiężycowe aorty. Również nie widać zmian gołym okiem we wsierdzu, wyścielającym przedsionek i lewą komorę. Mięsień prawej komory 3—4 mm. gruby, błady, rozrywa się trudno. Zastawka trójdzielna bez zmian widocznych. Prawy otwór żylny przepuszcza dwa palce. Przedsionek prawy nie przedstawia zmian żadnych, to samo tętnica płucna z jej zastawkami. Nigdzie na mięśniach prawej i lewej komory, jak również na osierdzu nie widać żadnych śladów rany, otrzymanej za życia, ani pod pokrywającym nasierdzie (*pericardium*) włókniakiem wyraźnej blizny; 2 ligatury odpadłe znaleziono pomiędzy włókniakiem. Śledziona nieco powiększona, przekrwiona, na przekroju zrazikowa jej budowa wyraźna. W nerkach nic szczególnego. Błona śluzowa żołądka zaczerwieniona, miejscami wybroczyny krwawe. Błona śluzowa kiszek i pęcherza biała, zmian wyraźnych nie przedstawia. Macica mała.

Przypadek II (MALISZEWSKIEGO). W dniu 3 marca roku bieżącego lekarz Pogotowia ratunkowego dał nam możliwość spostrzegania drugiego przypadku rany klutej, na ten raz lewej komory serca, przywożąc do kliniki o godzinie 7<sup>3</sup>/<sub>4</sub> wieczorem chorego, który przed kwadransem, w czasie kłótni ulicznej, otrzymał pchnięcie nożem w lewą połowę klatki piersiowej od przodu.

Chory, Franciszek Chom., lat 24, atletycznej niemal budowy, znakomicie odżywiany, ze żrenicami rozszerzonymi, leży na noszach zupełnie nieprzytomny, poruszając tylko od czasu do czasu ręką lub nogą. Trupia bledźść twarzy, zroszonej obficie potem, sinica warg i widocznych błon śluzowych, blado sine, lodowate kończyny, oddech powierzchowny, utrudniony, połączony z odchyłaniem ust przy każdym wdechu — oto obraz, jaki pomimo woli rzucał się każdemu z obecnych w oczy. Brak tętna nie tylko w bardziej oddalonych tętnicach, lecz i w szyjowych niemal zupełny, dawał się spostrzegać; serce biło, lecz nadzwyczaj słabo. Najmniejszego jęku ani zaraz, ani w czasie operacji, dokonanej bez chloroformu, nie wydały usta chorego.

Po bardzo ostrożnem przełożeniu chorego na stół operacyjny i po usunięciu czasowego opatrunku, nałożonego przez lekarza Pogotowia, ujrzyliśmy z przodu nazewnątrż od linii sutkowej lewej, zdawałoby się, niewinną ranę, 1—1,2 ctm długości na wysokości 3 żebra. Kierunek tej ranki był skośny — od góry i z lewej strony na prawo i na dół — brzegi zupełnie równe, a kąt wewnętrzny w odległości 1 ctm. od linii sutkowej. Krwawienie nazewnątrż było bardzo nieznaczne. Opukiwanie okolicy serca nie daje prawie żadnego stłumienia, natomiast przednia część lewej połowy klatki piersiowej wykazuje wyraźny odgłos bębenkowy, przechodzący na linii pachowej i dalej ku tyłowi w całkowicie stłumiony. Chory



zupełnie powierzchownie oddycha, i cała okolica rany zachowuje się spokojnie; lecz wystarczy za pomocą małego ekarteru odchylić nieco jeden z brzegów rany, a powietrze ze świstem zaczyna przechodzić, i trzecie międzyżebrze na wewnątrz od rany falowato wypukła się ku przodowi.

Przekonawszy się niezawodnie, że rana jest drażąca, odkażamy możliwie dokładnie, a możliwie prędko, wobec groźnego stanu chorego, pole operacyjne, swoje ręce i narzędzia i przystępujemy do bardziej dokładnego zbadania uszkodzenia wewnętrznego, mając na widoku ranę serca, za którą przemawiał bardzo skośny kierunek kanału pomiędzy raną w skórze a w opłucnie.

Przedłużywszy ranę skórną w kierunku kanału ku wewnątrz i ku dołowi i przeciąwszy wszystkie napotkane warstwy, aby całkowicie otworzyć kanał, znajdujemy w opłucnie skośną również ranę w trzecim międzyżebrzu w odległości 7 ctm. od lewego brzegu mostka. Rana w opłucnie długa na 2 ctm., górnym swym kątem przylega do dolnego brzegu 3 żebra. Czarna krew przez tę ranę wylewa się przy każdym oddechu niemal potokami; palec zaś badającego (stojącego najlepiej w danym wypadku z lewej strony), włożony w kierunku przedłużenia otwartego już kanału, z łatwością dosięga zranionego już osierdzia, a następnie serca, na powierzchni którego z lewej strony od przodu wyczuwamy ranę, stwierdzając jednocześnie bardzo słabe ruchy całego narządu. Wobec tego przedłużamy cięcie skórne w kierunku równoległym do dolnego brzegu 3 żebra, aż do samego mostka, dochodzimy do 3 żebra, którego chrząstki i kość podokostnie resekujemy na przestrzeni 6 ctm. i przedłużamy ranę w opłucnie w kierunku ku wewnątrz, aby uniknąć zranienia tętnicy sutkowej wewnętrznej.

Rozchyliwszy możliwie obecną ranę w opłucnie i wybrawszy dużą ilość nagromadzonej krwi, ujrzelśmy trochę ku dołowi na osierdziu z lewej strony poprzeczną ranę 2 ctm. długą, z której ciągle lała się krew jasna.

Po ujęciu za pomocą kleszczyków PÉAN'a obydwóch brzegów rany osierdzia i przyciągnięciu ich do powierzchni opłucny, przedłużamy ranę w osierdziu w kierunku poprzecznym na lewo do 7 ctm. i rozchylamy ją przy pomocy drugiej pary kleszczyków. Już w czasie tego rozszerzania rany znaczna część płynnej krwi, zebranej w osierdziu, wylała się do opłucny, i wtedy można było widzieć falowate właściwie ruchy, a nie skurcze serca, którego lewa komora była zraniona od przodu i bliżej ku przegrodzie w kierunku skośnym na przestrzeni 1—1,2 ctm. prawie że w równej odległości od wierzchołka, jak i od przedsionka. Rana mięśnia sercowego dość znacznie krwawiła, wydobywającą się zaś krew prędzej jasną, niż ciemną nazwaćby można; strumień jednak nie był wystarczająco wielkim, żeby pomyśleć o ranie drażącej serca.

Usunąwszy z osierdzia palcami pewną ilość skrzepów trochę już odbarwionych, w celu ułatwienia pracy zranionemu narządowi, bezzwłocznie przystępujemy do nałożenia szwów na zranione serce.

Przyłożywszy leciutko do rany serca koniec wskazującego palca lewej ręki, aby powstrzymać krwawienie i zalewanie krwią brzegów rany, a nie tamować jednocześnie ruchów serca, wkłuwamy cienką dobrze zagiętą igłę z jedwabiem pod kontrolą oczu na 3 mm. od brzegu rany i na takiejże odległości wykłuwamy z przeciwnej strony, idąc mniej więcej 2,5 do 3 mm. w głąb'. Był to szew pierwszy pośrodku rany, po zawiązaniu którego mięsień sercowy prawie zupełnie przestał krwawić. Pozostawiamy narazie umyślnie długie końce nitek, aby serce można było chociaż cokolwiek utrzymać w danym położeniu przy następnych dwóch szwach na obydwie kąty rany. Ani przy wkłuwaniu igły, ani przy przeciąganiu nitki, ani też przy zawiązywaniu węzła nie mogliśmy zauważyć żadnego

bezpośredniego wpływu na skurcze serca, które ciągle falowato się poruszało jak gdyby cały ten zabieg był dlań zupełnie obojętny.

Po zawiązaniu wszystkich trzech szwów, zaczęliśmy obcinać długie końce nitek. Obcięcie nitek lewego (najbardziej zewnętrznego) szwu poszło bardzo łatwo, lecz w tejże chwili serce tak gwałtownie zaczęło się miotać, skurcze i ruchy osiowe tak szybko następowały po sobie, że na razie żadną miarą nie można było obciąć nitek. Dopiero po pewnym czasie skurcze stały się znacznie rzadsze, ruchy bardziej prawidłowe, i wtedy z łatwością odcięliśmy pozostałe nitki przy dwóch, ostatnich węzłach.

Zupełnie swoistego wrażenia doznajemy przy wydobywaniu skrzepów z tylnej powierzchni serca i tylnej połowy osierdzia: serce formalnie boryka się z palcami, które tam wchodzi; a gdy te sięgają głębiej, uderza je coraz mocniej, jak gdyby żądając cofnięcia się bezwarunkowego.

Po ostatecznem i możliwie dokładnem usunięciu skrzepów, jak również płynnej krwi z osierdzia, działalność serca wróciła do właściwego sobie typu, dosięgała 100 skurczów na minutę, a każdy skurcz był tak wyraźnie mocny, że wpajał w obserwującego przekonanie o owocności swej pracy; i rzeczywiście, w tejże chwili tętno w tętnicy promieniowej lewej dawało się łatwo wyczuwać i liczyć.

Postanowiliśmy następnie osierdzie i opłucną zaraz przedrenować i oddzielić jedną jamę od drugiej możliwie zupełnie. W tym celu, nałożywszy na lewą część rany osierdzia 4 szwy węzełkowe, pozostałą część rany osierdzia zeszyliśmy z raną opłucny przy mostku, łącząc górny brzeg z górnym, a dolny z dolnym za pomocą dwóch szwów węzełkowych z każdego brzegu i jednym kątowym od środka (od wewnątrz).

Przy zeszywaniu osierdzia trudności nie mieliśmy żadnych, gdyż nałożone uprzednio kleszczyki w danej chwili znakomitą oddawały nam przysługę. Zupełnie co innego było przy zeszywaniu opłucny, w której kąt lewy wprowadziliśmy sączeł z gazy wyjałowionej. Brzegów rany opłucny dociągnąć do siebie i utrzymać przy pomocy szwów w pozycji nie można było, dla tego też nałożyliśmy tutaj 4 szwy węzełkowe, przechodząc igłą przez wszystkie warstwy z wyjątkiem skóry. Czwarty szew, najbliższy rany osierdzia, ujmował i to ostatnie, aby je tem dokładniej przymocować do przedniej ściany klatki piersiowej w danem miejscu.

Założywszy osobny sączeł z gazy do osierdzia, zaszyliśmy 10 szwami węzełkowymi ranę skórną tak poprzeczną, jak i skośną, pozostawiając wyloty na sączi.

Nałożenie opatrunku aseptycznego pod ceratką zakończyło operację, która trwała godzinę, i w czasie której choremu wiano przez odbył dwa litry roztworu fizyologicznego soli kuchennej i zastrzyknięto pod skórę trzy szpryki kofeiny.

Operacja dokonana została przez MALISZEWSKIEGO przy pomocy czynnej kol. HORODYŃSKIEGO, SPIELREINA i BORZYMOWSKIEGO.

W stanie zupełnie nieprzytomnym chorego ułożono na łóżku, obłożono ciepłymi kamionkami i dobrze okryto, zaleciwszy możliwie częste podawanie choremu ciepłej herbaty z winem.

4. III. 99. Godzina 1 w nocy. Chory jeszcze nie odzyskał przytomności, leży spokojnie i tylko od czasu do czasu wydaje ciche jęki. Bładość twarzy i błon śluzowych ustępuje, oddech 26. Tętno 112 dobrze daje się wyczuć na obydwóch tętnicach promieniowych. 4 w nocy. Chory odzyskał przytomność. Skarży się na wielkie pragnienie. Pije dużo. Oddech dosyć głęboki. Tętno 108 cokolwiek pełniejsze. 8 rano. Przytomność zupełna. Ciągłe pragnienie. W ciągu nocy chory wypił 12 dużych szklanek herbaty z winem. Skarży się na ból w boku i okoli-

cy serca. R. 23. Tętno 120. Ciepłota 37,4°. Tętno jednak dość miękkie i daje się wyczuć tylko w prawej tętnicy promieniowej. 12 w południe. Chory zupełnie przytomny. Opowiada, że w czasie bójki otrzymał pchnięcie nożem, a wyrwawszy go sobie z rany, zdźgnał temże narzędziem przeciwnika w plecy. Co się dalej stało, już nic nie pamięta. Tętno dosyć miękkie. Zalecono co 3 godziny kofeinę pod skórę. Mocz chory nie oddawał i nie czuje żadnej potrzeby. 6 wieczorem. R. 40. Tętno 120. Ciepłota 37°. Pragnienie już ustąpiło. Chory cichym głosem jęczy i skarży się na bóle w okolicy rany i w lewym boku. Zalecono  $\frac{1}{3}$  część szpryki morfiny. 10 wieczorem. Sen zupełnie spokojny, oddech miarowy 32 na minutę. Tętno 120. Opatrunek nieco przesiąknięty. Herbata z winem i czarna kawa.

5. III. 99. 8 rano. W nocy chory spał niewiele, leżąc spokojnie, jęczał od czasu do czasu. Przytomność zupełna. Skarży się na bóle w obydwóch bokach, opowiada, że w nocy sam oddawał mocz pierwszy raz po operacji (mocz 500 ctm. sz.) i że dziś nad ranem wymiotował. Lekka sinica obecnie na twarzy. Tętno 112 wyczuwalne w obydwóch tętnicach promieniowych. Oddech dosyć powierzchowny 36 na minutę. Język obłożony, nadmiernego pragnienia niema. 12 w południe. Oddech bardzo utrudniony. Chory przytomny, skarży się na bardzo wielkie bóle w okolicy serca i lewego boku. Przed pół godziną wymioty. Zmiana opatrunku. Po wyjęciu tamponu z jamy osierdzia, wylewa się ztamtąd płyn surowiczo-ropny (w ilości 6 łyżek), cokolwiek cuchnący i trochę się pieniający, gdyż co chwila wchodzi i wychodzi z osierdzia powietrze przy ruchach oddechowych i skurczach serca. Założono nowy sączek do osierdzia z gazy jodoformowej. Płyn prawie taki sam, jak z osierdzia, tylko zabarwiony nieco krwią, wypływa i z opłucny w czasie wydechu. Do jamy opłucny wprowadzono również sączek z gazy jodoformowej. Cała okolica rany nie zaczerwieniona, tylko na lewej sutce spostrzegamy trzy niewielkie plamki ciemno-fioletowego koloru, jak gdyby siniaki. Nałożono opatrunek antyseptyczny pod ceratką. 3 po południu. Oddech bardzo utrudniony, lekka sinica twarzy, oczy bardzo zapadnięte, wargi jednak różowe. Tętno 148. Wina chory pić nie chce, natomiast chętnie przyjmuje zsiadłe mleko. 5 po południu. Cały opatrunek przesiąknięty. Oddechanie jeszcze bardziej utrudnione. Tętno 132. Znowu zmieniono opatrunek, a za pomocą strzykawki i drenu wydobyto z osierdzia 4 łyżki surowiczo-ropnego płynu. Z opłucny zdołaliśmy wydobyć zaledwie 8 łyżek takiego samego płynu. Nałożono opatrunek, jak poprzednio. Do opatrunku nie poruszaliśmy chorego zupełnie, gdyż miał nałożony pas, który łatwo było zsunąć i z powrotem nasunąć. W kilka minut po opatrunku oddechanie 36, cokolwiek łatwiejsze, i tętno 120. Chory dostał trochę wina i zastrzyknięto mu kofeinę pod skórę. 7 wieczorem. Pragnienie znowu powraca. Chory pije tylko wodę i herbatę, wina nie chce. Tętno 120, O. 40. Ciepłota 37°. 8 wieczorem. Oddech przyspieszony i utrudniony. Tętno 132. Chory leży z zamkniętymi oczyma i cicho jęczy. Pół szpryki morfiny pod skórę.

6. III. 99. 1 w nocy. Chory śpi, lecz i przez sen jęczy. Oddechów 36. Tętno 120 łatwo wyczuwalne na obydwóch tętnicach promieniowych. 8 rano. Od godziny 2 chory nie spał, ciągle jęczał i rzucał się na łóżku, nad ranem mocno się pocił. Mocz 500 ctm. sz. Obecnie chory przytomny, na bóle się nie skarży, wola tylko ciągle pić. Oczy zamglone. Sinica prawie całej twarzy. Żyły skroniowe napęczniałe bardzo wyraźnie występują. Ciepłota 37°. Tętno 124. O. 40. Zmiana opatrunku. Powierzchnia rany sucha, pokryta szarym nalotem. Z jamy opłucny płyn zupełnie nie wydziela się. Opukiwanie daje odgłos bębenkowy, a z tyłu zupełnie stłumiony. Z jamy osierdzia wylewa się niewielka ilość płynu surowiczo-ropiastego. Opatrunek pod ceratką. 12 w południe. Znaczna sinica całej twarzy.

Oczy mocno zapadnięte. Ręce i nogi ciepłe. O. 40. Tętno 140. Pragnienie duże. Chorego ułożono prawie że w siedzącej pozycji. Stosuje się kofeina, t-ra strophanti i tlen do wdechania. 2 po południu. Sinica i bladość twarzy naprzemian. Chory oddycha z wielkim wysiłkiem i jęczy przy tem. Na pytania odpowiada, lecz niechętnie, i uskarża się na ziębienie w nogach. Żąda kwaśnego napoju. Limonada i herbata z cytryną. Tętno bardzo częste, miękkie i nieprawidłowe. 5 po południu. Stan chorego bardzo ciężki. Oddech znacznie utrudniony 48. Sinica twarzy, rąk i nóg bardzo wielka. Tętno ledwie wyczuwalne 140 nieprawidłowe, — wyczuwa się jednak na obydwóch tętnicach promieniowych. Opatrunek. Usunięto wszystkie powierzchowne szwy. Z jamy osierdzia płyn zupełnie nie wydostaje się. Powietrze przy każdym wdechu wchodzi tam ze świstem, a przy wydechu wychodzi. Z jamy lewej opłucny płyn zupełnie nie wydziela się, lecz po wprowadzeniu palca przez ranę i oddzieleniu na wysokości linii pachowej środkowej płuca, przyklejonego w tem miejscu do opłucny ściennej, gwałtownie wylało się ztamtąd około 3 szklanek płynu surowiczokrwistego. Przy tym rękoczynem chory był obrócony cokolwiek na lewy bok, aby w miarę możliwości uniknąć zalania tą cieczą jamy osierdzia. Wprowadzono następnie sączki jodoformowe i nałożono opatrunek antyseptyczny pod ceratką. 6 wieczorem. Ciepłota 37, 5°. Tętno 148. O. 44. Chory zupełnie stracił przytomność, nie poznaje nikogo, bredzi, rzuca się na łóżku i koniecznie chce wstać. 8 wieczorem. Tętno prawie nitkowate wyżej 160. Chory nieprzytomny. Opatrunek i całe łóżko zmoczone surowiczokrwistym płynem. Zmieniono wierzchnie warstwy.

7. III. 99. 1 w nocy. Chory zupełnie nieprzytomny i niespokojny, rzuca się na łóżku. Opatrunek suchy. Tętna wyczuć nie można w tętnicach promieniowych. Twarz pokryta zimnym potem, kończyny zimne. Chory zmarł o godzinie czwartej rano.

Badanie zwłok, dokonane w dniu następnym, wykazało: ciało męczyzny o prawidłowej silnej budowie z dość znaczną ilością tkanki tłuszczowej podskórnej. W lewej okolicy sutkowej znajdujemy ranę w kształcie bardzo silnie rozwartego kąta, którego jeden bok długości  $7\frac{1}{2}$  ctm. przebiega równo eggle do 3 żebra poniżej tego ostatniego, zaczynając się prawie od lewego brzegu mostka; drugi zaś, mający długości  $9\frac{1}{2}$  ctm., idzie w kierunku nazewnątrz i ku górze, do górnej granicy trzeciego żebra, której dosięga na  $2\frac{1}{2}$  ctm. nazewnątrz od linii sutkowej. Rana rozwarta, a w głębi widzieć można jamę opłucny i lewe płuco, jak również ku wewnątrz otwarty worek osierdzia. Trzecie żebro rezerwowane na przestrzeni 6 ctm., poczynając od mostka. Część rany osierdzia przymocowana do wewnętrznej części rany opłucny za pomocą 5 szwów węzełkowych. W jamie lewej opłucny około litra krwawo-ropiastego płynu. Lewe płuco częściowo przyklejone do opłucny ściennej wzdłuż linii pachowej środkowej, dolny jego zraz w stanie ucisku, o spoistości skórzastej, nie trzeszczy, na przekroju szaroczerwony; górny zraz przekrwiony.

Szczyt prawego płuca na niewielkiej przestrzeni, lecz mocno przyrośnięty, prawe płuco trzeszczy, na przekroju suche.

Worek osierdzia otwarty na przestrzeni 3 ctm., a idąc dalej w tymże kierunku nazewnątrz, widzimy 4 szwy węzełkowe w odległości jeden od drugiego na 1 ctm. Na przestrzeni tych szwów worek sercowy dość mocno już zrośnięty. Otworzywszy szeroko osierdzie znajdujemy w niem około 3 łyżek płynu surowiczoropnego i serce miejscami pokryte strzępkami włókniaka. Na przedniej ścianie serca, w okolicy lewej komory, znajdujemy skośną ranę, długą na  $1\frac{1}{2}$  ctm., zeszytą za pomocą trzech szwów węzełkowych. Szwy dobrze trzymają, a rana przedsta-

wia się w kształcie rysy, przebiegającej poprzez dość znaczną gałąź tętnicy wieńcowej. Od wierzchołka serca rana jest odległa na 4 ctm., a na 3 od przegrody międzykomorowej. Grubość mięśnia lewej komory 21 mm. Po przecięciu lewej komory widać, że rana nie była drążąca (nie sięgała przez całą grubość mięśnia). Lewy otwór żylny swobodnie przepuszcza dwa palce. W lewym przedsionku skrzep krwi częściowo odbarwiony, dwudzielna zastawka i zastawki półksiężycowe aorty bez zmian widocznych. W aorcie skrzep odbarwiony. Obwód aorty na wysokości zastawek  $7\frac{1}{2}$  ctm., nad zastawkami 8 ctm. Pojemność lewej komory zwykła. Prawy otwór żylny przepuszcza trzy palce. W prawym przedsionku uszki i komorze skrzepy krwi odbarwione. Zastawka trójdzielna i tętnica płucna z jej zastawkami bez zmian. Obwód tętnicy płucnej na wysokości zastawek  $9\frac{1}{2}$  ctm., nad zastawkami również  $9\frac{1}{2}$ . Grubość ścian prawej komory 9 mm, przynajmniej połowa z tego przypada na tkankę tłuszczową. Poprzeczny wymiar całego serca 10 ctm., podłużny 19,5 ctm.

Śledziona cokolwiek powiększona, twardawa. Wątroba również powiększona nieco, budowa jej zrazikowa cokolwiek zatarta. Nerki wielkości normalnej, otoczka łatwo się zdjąć daje, a substancja korowa występuje wyraźnie. W żołądku, kiskach i pęcherzu moczowym wysoki stopień bezkrwistości. Po otwarciu czaszki, oprócz bezkrwistości mózgu, żadnych zmian nie znaleziono.

---

Przypadek III (MALISZEWSKIEGO). Niedługo czekaliśmy i na następny, trzeci z rzędu opisywany przypadek, gdyż w niespełna 5 tygodni, t. j. d. 4 Kwietnia r. b. Pogotowie Ratunkowe przywiozło znowu do kliniki wieczorem chorego Jana And., lat 29, który pół godziny temu w stanie podchmielonym w czesie bójki został pokaleczony nożem.

Chory wzrostu średniego, umiarkowanej budowy, dosyć słabo odżywiany, odpowiada na pytania, wstaje sam z noszy i żadną miarą dobrowolnie położyć się nie chce na stół opatrunkowy. Twarz, ręce, całe ubranie i opatrunki, nałożone przez lekarza Pogotowia, zbroczone i przesiąknięte krwią tak dalece, że chory na posadzce pozostawia za sobą znaczne ślady krwawe. Tętno miękkie, niewyczuwalne w tętnicach promieniowych, lecz dające się już liczyć w ramieniowych, 140 uderzeń na minutę. Twarz bardzo blada z wyrazem jakiegoś przestachu.

Chory opowiada, że został pokaleczony przez swego przyjaciela, ujmując się za bratem i broniąc go od napastnika.

Przy oglądaniu spostrzegamy na chorym pięć ran; wszystkie o brzegach równych bez krwawych podbiegnięć w okolicy: dwie niewielkie ranki dosyć powierzchowne na linii przymostkowej lewej na wysokości 3 żebra i pod niem; ranę nad grzebieniem prawej łopatki, długą na  $3\frac{1}{2}$  ctm., a głęboką na 5 ctm.; ranę na potylicy prawie że poprzeczną, długą na 8 ctm., sięgającą aż do kości, a leżącą głównie z lewej strony, i ranę drążącą w piątem międzyżebżu z lewej strony długości 7 ctm. Pierwsze trzy rany krwawiły niewiele; natomiast z rany na potylicy obficie płynęła krew jasna, a rana drążąca w 5 międzyżebżu przy każdym wydechu wylewała całe strumienie krwi, pomieszanej z pianą. Na potylicy trzeba było podwiązać trzy dość znacznie krwawiące naczynia i nałożyć szew warstwowy.

Kierunek rany drążącej w piątem lewem międzyżebżu zupełnie poprzeczny odpowiada kierunkowi żeber, a długość 7-centymetrowa przez linię sutkową jest podzielona na dwie równe części, wewnętrzną i zewnętrzną. Aby ocenić należycie uszkodzenie, wprowadzamy w głąb' przez tę ranę palec i z łatwością wyczuwamy

ranę w osierdziu, a dalej i na wierzchołku samego serca, którego skurcze w danej chwili są dosyć słabe.

Wobec tego, bez chloroformu, przedłużamy ranę w kierunku ku wewnątrz, trzymając się górnego brzegu 6 żebra, aż do samego mostka i w pobliżu wewnętrznego kąta tej rany dajemy dwa dodatkowe, prostopadłe do poprzedniego cięcia, cokolwiek nazewnątrz od linii przymostkowej lewej; jedno z tych cięć sięga do górnego brzegu 5, a drugie do dolnego 6 żebra.

Szybko usuwamy chrząstkę 6 żebra na przestrzeni 6 ctm., zaczynając od mostka, i chrząstkę 5-go długości 4 ctm., również od mostka, a następnie ranę w opłucnie rozszerzamy w kierunku do wewnątrz, bacząc, by nie zranić tętnicy sutkowej wewnętrznej.

Rozchylamy teraz możliwie ranę w opłucnie, żeby zobaczyć uszkodzenie osierdzia; lecz w tejże chwili chory dostaje kaszlu, zaczyna krzyczeć, a z rany wylewa się całemi potokami krew, zmieszana z powietrzem i tworząca obfitą pianę, równocześnie wyskakuje nazewnątrz kawałek zranionego płuca. Przy wdechaniu płuco się chowa, a powietrze wpada do jamy ze świstem. Usuwamy część piany, nagromadzonej w ranie i w klatce piersiowej; lecz chory znowu krzyczy, a spieniona krew z powrotem zalewa całe pole operacyjne i zakrywa wyskakujące języczek zranionego płuca.

Ta chwila operacji wywiera pewne wrażenie i pomimo woli przypominamy sobie z wykładu prof. RYDYGIERA „O ranach serca“ ustęp, w którym mówi: „nie tajno bowiem, że operacja jest trudna. RIEDEL opisuje wrażenie silne, jakiego doznał, kiedy, po otwarciu osierdzia u postrzelonego, wtargnęło w nie powietrze, które gwałtownymi ruchami serca zmieszane z płynem, w worku się znajdującym, utworzyło pianę, która nieustannie wylewała się na zewnątrz i zalewała klatkę piersiową. A przecież RIEDEL'owi byle jaka niespodzianka nie zdołała zaimponować“.

Schwyciwszy szczypczykami owalnemi śród piany i krwi brzeg wyskakującego płuca i wyciągnąwszy go ku górze i ku przodowi, zbieramy tamponami znajdującą się nazewnątrz pianę (która w tejże chwili przestała się nagromadzać) i na zraniony języczek płuca nakładamy drugą parę kleszczyków. Odprowadziwszy z powrotem całe płuco do klatki piersiowej, usuwamy je ku tyłowi i ku górze, utrzymując na miejscu przy pomocy nałożonych już narzędzi.

Wybrawszy prędko z opłucny część nagromadzonej krwi i piany tamponami z gazy wyjałowionej, spostrzegamy na przednio - lewej powierzchni osierdzia zaledwie na  $\frac{1}{2}$  ctm. nad przyczepem do przepony poprzeczną  $2\frac{1}{2}$  ctm. długą ranę, z której obficie wypływa krew. Ujawszy brzegi osierdzia kleszczykami PÉAN'a i rozszerzywszy ranę ku przodowi (do wewnątrz i cokolwiek ku górze) do 5 ctm., szybko, lecz ostrożnie wybieramy nagromadzoną w osierdziu krew i trochę skrępow, a wtedy spostrzegamy w głębi zraniony wierzchołek serca, mianowicie przy ruchach na tylnej jego ścianie widać płatową ranę w kształcie litery U lub języka z podstawą 3 centymetrową u góry; wysokość płatu  $2\frac{1}{2}$  ctm., a grubość największa 4 milimetry.

U podstawy płat ten jest bardzo cieniutki, gdyż przy skurczach serca, w leżącej pozycji chorego, odchyła się na 1 do  $1\frac{1}{2}$  ctm. ku tyłowi od pozostałej przedniej części wierzchołka. Próbowaliśmy przymocować chociażby jednym szwem język ów do wierzchołka, lecz przy pierwszym ukluciu igły cały kawałek oderwał się zupełnie od serca, a zraniona powierzchnia dość mocno krwawiła. W celu więc wstrzymania krwawienia nakładamy trzy szwy chcąc zbliżyć, prawie że złączyć równoległe boki zranionej powierzchni. Nałożenie pierwszego szwu, tuż

przy podstawie rany było zabiegiem dość trudnym, gdyż uprzednio musieliśmy palcem prawie że wysunąć wierzchołek przez ranę osierdzia, a następnie wkluwać i wykluwać igłę należało od tyłu (od spodu) serca, gdyż cała rana znajdowała się na tylnym ścianie.

Jedwab' przewleczony został pod całą powierzchnią rany na 5 mm. od każdego brzegu, a na 2 mm. pod powierzchnią w środkowej części. Do tego pierwszego szwu użyliśmy nitki cokolwiek grubszej, aby nie przecinała włókien mięśnia sercowego przy dosyć mocnem przyciąganiu brzegów w czasie zawiązywania węzła.

Ten moment operacji został wykonany bardzo powoli w obawie natychmiastowego zatrzymania się działalności serca. Nałożenie drugiego szwu pośrodku i trzeciego na końcu rany było już znacznie łatwiejsze, gdyż skurcze serca w tej chwili były już bardzo słabe, pole operacyjne bardziej wysunięte nazewnątrz, a brzegi rany stykały się ze sobą nawzajem. Jedynym objawem, jaki mogliśmy zauważyć w czasie całego tego zabiegu na sercu, była coraz mniejsza siła skurczów sercowych, które pozostały takimi w czasie obcinania długich końców nitek przy węzłach i przy wybieraniu resztek krwi z osierdzia.

Ranę osierdzia zaszyliśmy całkowicie 6 szwami węzełkowymi, nie napotykając tutaj prawie żadnych trudności, gdyż uprzednio nałożone kleszczyki PÉAN'a pozwoliły nam znacznie brzegi przybliżyć do przedniej powierzchni klatki piersiowej *resp.* do pola operacyjnego.

Zraniony języczek lewego płuca, poprzednio ujęty w kleszczyki owalne, podwiązaliśmy grubym jedwabiem i odcięliśmy zupełnie. Wybrawszy następnie tamponami resztki krwi i skrzepów, opłucną, mięśnie i skórę zaszyliśmy osobnymi piętrami szwów węzełkowych, pozostawiając tylko w górnej części prostopadłej rany, na miejscu wyciętej chrząstki 5 żebra, otwór na 2 ctm., przez który wprowadziliśmy dren do jamy lewej opłucny i nałożyliśmy suchy opatrunek antyseptyczny.

W ciągu całej operacji chory uczuwał niewielkie bóle, całkowitej utraty przytomności nie zauważyliśmy ani na chwilę, a tętno 140 na minutę, w końcu operacji wyczuwalne tylko na wielkich naczyniach. W czasie zabiegu całego zastrzyknięto choremu dwie szpryki kofeiny pod skórę.

Operacji, która trwała godzinę i 10 minut, dokonał W. MALISZEWSKI przy pomocy kolegów: HORODYŃSKIEGO, BORZYMOWSKIEGO, ZABOROWSKIEGO i SPIELREINA.

Po operacji chorego przeniesiono do sali, ułożono możliwie ostrożnie na łóżku, okryto kołdrami i zalecono pić dużo herbaty cieplej z winem. Tętno bardzo miękkie 140 na minutę, oddech 44. Chory przytomny, chce opowiadać detalicznie o całej bójce i jej przyczynach, wymiotuje jednak często zawartością żołądka, zmieszaną z masami czarnej krwi. Położono jedną tylko poduszkę pod głowę chorego i zalecono wlewanie do odbytnicy litra fizyologicznego roztworu soli kuchennej.

5. IV. 99. Godzina 1 w nocy. Ciężota 36,5°. Tętno 120. O. 44. Chory ciągle wymiotuje. Twarz i wargi bardzo blade. Pije chętnie herbatę z winem i czarną kawę. 8 rano. Chory przytomny. Ciężota 37°. Tętno 140. O. 40. Całą noc spędził bezsennie, uskarża się na wielkie bóle w okolicy serca i w lewym boku. Nie wymiotuje i sam oddaje mocz (500 ctm. sz.). Zastrzyknięto ¼ szpryki morfiny pod skórę. 10 rano. Tętno miękkie w tętnicach promieniowych wyczuwalne 140. Oddech utrudniony, chory chce usiąść na łóżku, lecz każde poruszenie sprawia mu dotkliwy ból. Opatrunek cały przesiąknięty krwawym płynem. Zmieniono wszystkie warstwy, nie poruszając prawie chorego z miejsca (pas płócienny zamiast

bandażowania). Pragnienie bardzo wielkie. 2 po południu. Zupełna przytomność, bóle, oddech utrudniony. Chory powoli sam się przewraca na prawy bok, prosząc bardzo, aby mu nikt nie pomagał, gdyż obawia się jeszcze większego bólu. Zjadł kilka łyżek rosołu, pije herbatę z winem i nie wymiotuje. Tętno ma jednak bardzo słabe. Wstrzykiwanie pod skórę kofeiny co dwie godziny. 6 wieczorem. Ciepłota 37,6°. Tętno 160. O. 44. Chory przytomny, nie jęczy, lecz uskarża się na bardzo mocne bóle w całej lewej połowie klatki piersiowej. Zapytuje, czy człowiek żyć może po zranieniu serca, i opowiada, że dziś o 4 po południu wziął ślub ze swą narzeczoną, chcąc uprawnić dzieci. 8 wieczorem. Oddech jeszcze bardziej utrudniony, tętno słabe, wyczuwalne tylko w wielkich pniach naczyńowych. Pragnienie wielkie, bóle w boku ogromne. 10 wieczorem. Zupełna nieprzytomność. Chory przewraca się po łóżku z boku na bok. Tętna prawie wcale wyczuć nie możemy. Szprycka kofeiny pod skórę. O 11 w nocy umiera.

Badanie zwłok, dokonane w dniu następnym, wykazało: ciało męczyzny średniego wzrostu, o prawidłowej budowie z niewielką ilością tkanki tłuszczowej podskórnej. Na potylicy z lewej strony znajdujemy ranę długą na 8 ctm., zaszytą szwami węzełkowymi, nad grzebieniem prawej łopatki drugą ranę 3 i  $\frac{1}{2}$  ctm. długą z jednym szwem węzełkowym, dwie niewielkie ranki w okolicy trzeciego lewego żebra od przodu i ranę długą na 16 ctm. w 5 międzyżebżu, rozpoczynającą się od samego mostka, prawie całkowicie zaszytą szwami węzełkowymi. Chrząstka 6 żebra wycięta na przestrzeni 6 ctm. a chrząstka 5-go na przestrzeni 4 ctm. od mostka. W jamie lewej opłucny  $\frac{1}{2}$  litra krwawego płynu wraz ze skrzepami. Lewe płuco zupełnie wolne, nieznacznie obrzęknięte, na miejscu języczka znajdujemy mocno podwiązaną szypulę. Prawe płuco trzeszczy, w dolnym zrazie obrzęknięte. Worek osierdzia tuż nad przeponą z lewej strony zaszyty w kierunku poprzecznym 6 szwami węzełkowymi, w odległości 1 ctm. jeden od drugiego. Po otwarciu szerokiem osierdzia widać od strony serca, że rana w osierdziu dobrze się skleila, i że szwy mocno trzymają. W jamie osierdzia płynu niema zupełnie, ani skrzepów. Osierdzie nigdzie nie przyklejone do powierzchni serca. Na samym wierzchołku serca od tyłu znajdujemy ranę długości 2  $\frac{1}{2}$  ctm. idącą w kierunku podłużnym z trzema szwami węzełkowymi. Brzegi tej rany u góry rozchodzą się na dwa mm., a cała jej powierzchnia pokryta włóknikiem. Na miejscach ukłuć nie widać rozdarcia włókien mięśnia sercowego. Tuż nad raną powierzchnia tylnej ściany mięśnia sercowego lejkowato zagłębia się ku wewnątrz. Grubość mięśnia lewej komory 15 mm., mięsień żółtawy, po przecięciu kilku mięśni beleczkowatych nigdzie od wewnątrz nie widzimy, aby szew przeszedł przez wsierdzie. Lewy otwór żylny przepuszcza swobodnie dwa palce. W lewym przedsionku niewielki skrzep krwi częściowo odbarwiony. Zastawki bez zmian widocznych. Obwód aorty na wysokości zastawek półksiężycowych 6  $\frac{1}{2}$  ctm., nad zastawkami 7 ctm. Pojemność lewej komory cokolwiek zwiększona. Prawy otwór żylny przepuszcza zupełnie swobodnie dwa palce. W prawym przedsionku i komorze niewielki skrzep krwi odbarwionej. Zastawki bez zmian. Grubość ściany prawej komory 7 mm. Obwód tętnicy płucnej na wysokości zastawek 8 ctm. również i nad zastawkami. Podłużny wymiar serca prawie 12 ctm., poprzeczny 2 ctm. Śledziona zwykłej wielkości, twarda, biała; wątroba znacznie powiększona, żółtawa, o budowie znacznie zatartej. Nerki zwykłej wielkości; otoczką zdziera się trudno, miejscami przyrośnięta; warstwa substancji korowej w niektórych miejscach znacznie cieńsza; powierzchnia przekroju bardzo biała. Błony śluzowe żołądka, kiszek i pęcherza moczowego również blade.



Pozwalamy sobie poniżej podać tablicę ze wszystkimi znanymi nam przypadkami zabiegu chirurgicznego, dokonanego na samem sercu zranionem. W tablicy tej staraliśmy się pomieścić przypadki w porządku chronologicznym, lecz musimy nadmienić, że o przypadkach FARINA'y i drugim PARROZZANI'ego znaleźliśmy tylko krótkie wzmianki, a nawet o przypadku G. FARINA'y w różnych źródłach różne wzmianki, tak że nie wiadomo, czy przyjmować te opisy za jeden przypadek, czy za dwa oddzielne.

| Autor<br>i źródła.                                                                                             | Objawy<br>przed operacją.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | O p e r a c y a.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Przebieg<br>pooperacyjny.                                                                 | Zejście.                                                                                                                    | Badanie<br>pośmiertne.                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| FARINA, referat Durante'a. Rev. d. Chirurgie. 1897. Str. 335 i Centralbl. f. Chirurgie. 1896, Nr. 51, S. 1224. | Rana w okolicy przedsercowej. Rana drażąca lewej komory (według Terrier'a prawej komory).                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Zeszyście serca (według Terrier'a dwa szwy na serce, 6 na osierdzie).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | —                                                                                         | Śmierć po kilkunastu dniach wskutek choroby niezależnej od zranienia serca (według Terrier'a śmierć 8 dnia wskutek anemii). | —                                                       |
| CAPPELEN. British medical Journal 23. V. 1896 (u Loison'a).                                                    | M. 24 lat uderzony nożem w 4 międzyżebra <i>in lin. axill. media</i> . Sam doszedł do domu. W godzinę znaleziono go broczącego we krwi. Nieprzytomny. Tętna nie wyczuwa się.                                                                                                                                                                                                        | Rozszerzenie rany. Rezekeja 4 żebra, 1400 ctm. sz. krwi w opłucnej. Rezekeja 5 ctm. 3 żebra. W osierdzu rana długości 1 ctm. obficie krwawi. Rozszerzenie, usunięcie skrzepów. Rana 2 ctm. lewej komory. Gałązka tętnicy wieńcowej podwiązana. Szew na ranę serca i osierdzia, 600 ctm sz. sztucznej surowicy pod skórę.                                                                                                                                             | Stopniowe osłabienie. <i>Pericarditis</i> .                                               | Śmierć w 2½ dnia.                                                                                                           | Rana w okresie gojenia. <i>Pericarditis purulenta</i> . |
| L. REHN. Centr. für Chirurgie 1896. Nr. 44, S. 1048 i Therap. Wochenschrift. Nr. 20. 1897.                     | M. uderzony nożem kuchennym w 4 międzyżebra, 2—3 ctm. od lewego brzegu mostka. Po wycięgnięciu noża strumień krwi. 3 godziny leżał w domu, później wstał, szedł kilka minut i upadł. W szpitalu <i>Collapsus</i> , nie odpowiada. Rana zewnętrzna nie krwawi. Tępość serca powiększona na 2 palce w prawo. Na drugi dzień stępienie w prawem płucu do 7 kręgu, przy punkcyi — krew. | Narkoza eterowa. Czasowa rezekeja 5 żebra. W osierdzu rana 1½ ctm. rana rozszerzona. Krwistek w osierdzu. W sercu w prawej komorze rana 1½ ctm. poprzeczna do osi serca. Podczas skurczu tryska krew. Najprzód naciska palcami, później 2 szwy jedwabne na serce, 3 na osierdzu. Szew trzeci z powodu obrotów serca podczas ukuć krótkie paury serca. Lewa opłucna wypełniona krwią, przemycie solą. Do osierdzia i opłucny założona gaza. Żebro z powrotem ułożono. | Zaraz po operacyi tętno i oddych poprawiły się. W przebiegu powikłania ze strony opłucny. | Wyzdrowienie. Pozostała <i>tachycardia</i> (choć miał ją i przedtem).                                                       | —                                                       |

| Autor<br>i źródła.                                                                                                                                                              | Objawy<br>przed operacją.                                                                                                                                                                                             | O p e r a c y a.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Przebieg<br>pooperacyjny.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Zejście.                             | Badanie<br>pośmiertne.                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| A. PARROZZANI. La M. 32 lat. Uderzenie szty-<br>Semaine medicale letem w 7 międzyżebrze<br>1897. 12. V. Nr. 23. w linii sutkowej lewej.<br>S. XC. i The Lancet<br>1897. S. 260. | Krwotok zewnętrzny obfi-<br>ty Tętna nie wyczuwają.<br>Tony sercowe ledwie sły-<br>chać. Oddech chrapliwy,<br>częsty powierzchowny.                                                                                   | Bez narkozy. Cięcie płą-<br>towe w formie L, przecię-<br>cie 5, 6, 7, 8 żebra. Płat<br>zawierający części mięk-<br>kie i chrząstki podniesio-<br>ny do góry. W dolnej czę-<br>ści osierdzia rana z któ-<br>rej wylewa się krew. Po<br>rozszerzeniu rany w osier-<br>dziu do 6 ctm. widać ranę<br>blisko wierzchołka serca<br>2 ctm. długą. Krwawienia<br>przy skurczu. 4 szwy z je-<br>dwabiu na serce, 6 na o-<br>sierdziej. Zaszycie osier-<br>dzia zupełne. 2 piętra<br>szwów na płat. Operacja<br>1 1/4 godziny.                      | Po operacji za-<br>strzyknięto 1500<br>ctm. roztworu soli<br>kuchennej. Auto<br>transfusio Esmar-<br>cha. <i>Inj. coffein.</i><br>W godzinę tętno<br>wyczuwa się.                                                                                                                                                                                                                                                                         | Wyzdrowie-<br>nie bez po-<br>wikłań. | —                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| A. PARROZZANI.<br>Lancet. 1897. str.<br>260 (u Loison'a).                                                                                                                       | K. uderzona nożem w o-<br>kolice serca.                                                                                                                                                                               | Technika operacyjna po-<br>dobna jak w pierwszym<br>przypadku. Zszycie rany<br>lewej komory i osierdzia.<br>Szew na płat części mięk-<br>kich.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | —                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Śmierć na<br>drugi dzień.            | Przegroda mię-<br>dzykomorowa<br>przebita róż-<br>nicz.                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| E. GIORDANO. Se-<br>maine Medica<br>1898. 5. X. S. 407<br>i Riforma medica<br>9. IX. 1898.                                                                                      | Rana kłuta w 3-im mię-<br>dzyżebżu w linii pach-<br>owej przedniej.                                                                                                                                                   | Cięcie skórne od rany po-<br>przecznie do lewego brze-<br>gu mostka. Drugie pion-<br>owe do pierwszego wzdłuż<br>mostka. Przecięcie 3 i 4<br>żebra. Pierwsze podnie-<br>sione do góry, drugie ku<br>dołowi. Rana w osierdziu<br>duża. Po jej rozszerzeniu<br>rana w lewym przedsion-<br>ku 2 ctm. długa, 4 szwy<br>nie przebijające wsierdzia                                                                                                                                                                                             | <i>Pleuritis purul. si-<br/>nistra.</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Śmierć 9<br>dnia.                    | Na wewnętrz-<br>nej powierzchni<br>przedsionka<br>blizna trwała.                                                                                                                                                                                                                                                          |
| W. HORODYŃSKI.                                                                                                                                                                  | K. 23, rana kłuta w 3 mię-<br>dzyżebżu w 2 ctm. od le-<br>wego brzegu mostka. Nie-<br>przytomna. Wstrząs. Tę-<br>tno niewyczuwalne. Od-<br>dech powierzchowny. Po-<br>większenie tępości serca.<br>Tony serca głucho. | 6. XII. Bez narkozy. Cię-<br>cie podłużne przez ranę<br>od 3 żebra do dolnego<br>brzegu 5-go. Przecięcie<br>3 chrząstki, rezekeja<br>chrząstek 4 i 5 żebra. Ra-<br>na w opłucnie 2 ctm roz-<br>szerzona do 10 ctm. W o-<br>sierdziu rana około 2—2,5<br>ctm. Rozszerzenie do 7—8<br>ctm. Rana prawej komory<br>1,5 ctm. krew tryska przy<br>skurczu 5 szwów z je-<br>dwabiu na serce, 7 na o-<br>sierdziej. Rana skórna czę-<br>ściowo zaszyta. Operacja<br>1 1/4 godz po usunięciu<br>skrzepów z osierdzia tę-<br>tno zaraz wyczuwa się. | Środki podniecają-<br>ce. 10. XIII. Stwier-<br>dzono: <i>pleuritis ex-<br/>sudativa sinistr.</i> i<br><i>pericarditis</i> . 12. XII.<br><i>Thoracotomia cum</i><br><i>resectione IX costae</i><br><i>in linea scapular.</i><br>Wypuszczono około<br>500 ctm. mętnego<br>krwawego płynu.<br>Ciagle gorączkuje.<br>24. XII. W prawej<br>opłucnie tarcie 26.<br>XII. <i>Pleurit. exsud.</i><br><i>dextr.</i> 27. XII. Wie-<br>czorem śmierć. | Śmierć 22<br>dnia prawie<br>nagle.   | <i>Pleuritis puru-<br/>lenta sinistra,</i><br><i>pleuro pneumo-<br/>nia marginalis</i><br><i>dextra. Pericar-<br/>ditis purulenta</i><br><i>anterior, pericar-<br/>ditis purulenta</i><br><i>sanata posterior.</i><br>Zrost serca zu-<br>pełny; 2 szwy<br>węzełkowe zna-<br>lezione swobo-<br>dnie leżące<br>w osierdziu. |

| Autor<br>i źródła. | Objawy<br>przed operacją.                                                                                                                                                                               | O p e r a c y a.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Przebieg<br>pooperacyjny.                                                                                                        | Zejście.                    | Badanie<br>pośmiertne.                                                                       |
|--------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| W. MALISZEWSKI.    | M. 24, uderzenie nożem w 3 lewe międzyżebro, nazewnątrz od linii sutkowej Nieprzytomny. Tętno niewyczuwalne. Oddech powierzchowny. Tonów sercowych nie słyhać.                                          | 3. III. Bez narkozy. Cięcie od rany do lewego brzegu mostka. Rezekcyja 3 żebra. Rana w opłucnie 1,5 ctm. ce Opłucna wypełniona krwią. Rozszerzenie rany w opłucnie do 6 ctm. W osierdzu rana 2 ctm., rozszerzenie do 7 ctm. Na lewej komorze rana 1,5 ctm. Krwawienie obfite, krew jasna. Trzy szwy z jedwabiu na mięsień sercowy. Osierdzie częściowo zaszyte, częściowo brzegi jego przyszyte do opłucny ściennej. Sączki z gazy do osierdza i opłucny. Częściowy szew rany skórnej. | Zaraz po operacyi poprawa tętna. Środki podniecające. Na drugi dzień stan septyczny. Osłabienie zwiększa się. <i>Collapsus</i> . | Śmierć 4 dnia.              | <i>Pericarditis purulenta, pleuritis sin. purul.</i> Szwy na sercu trzymają dobrze.          |
| W. MALISZEWSKI.    | M. 29 lat, rana kłuto-cięta w 5 międzyżebżu 7 ctm długa z obydwóch stron linii sutkowej. Przytomny, trochę podchmielony. Chodzi bez pomocy. Tętno wyczuwa się w tętnicy ramieniowej. Oddech utrudniony. | 4. IV. Bez narkozy. Cięcie skórne przedłużone do mostka w 5 międzyżebżu. Dwa dodatkowe cięcia przy mostku w górę i na dół. Rezekcyja chrząstek 5 i 6 żebra. Rana w osierdzu 2,5 ctm. Rozszerzona do 5 ctm. Na wierzchołku serca na tylnej ścianie płatowa rana w kształcie języka. Krwawienie żywe. Płat podczas operacyi oderwał się Trzema szwami z jedwabiu ściągnięte brzegi rany.                                                                                                 | Wzrastający upadek sił.                                                                                                          | Śmierć po upływie 26 godzin | W opłucnie około 1/2 litra krwawego płynu. W osierdzu zmian widocznych niema. Szwy trzymają. |

Z podanych powyżej 9 przypadków widzimy, że zeszyta lewej komory dokonano 5 razy, prawej 2 razy, lewego przedsionka i wierzchołka serca po 1 razie. Większa częstość zranień lewej komory tłumaczy się tem, że z jednej strony prawa komora od urazu jest bardziej zabezpieczona przez mostek, z drugiej strony tym faktem, że w przypadkach zabójstw, uderzający stoi zwykle z przodu ofiary i zadając cios prawą ręką trafia w lewą połowę klatki piersiowej ofiary. Wszystkie operowane przypadki dotyczyły ran kłutych, z tych zaś rany drążące były niewątpliwie tylko w 2 przypadkach. Rana zewnętrzna trzy razy była w 3 międzyżebżu. 2 razy w 4-em raz w 5-tem i raz w 7-em. W dwóch przypadkach rany zewnętrznej nie określono bliżej, podano tylko — w okolicy sercowej. Co do techniki operacyjnej pod względem utworzenia sobie dostępu do serca, to na 9 przypadków było 8 różnych sposobów. Jeden tylko PARROZZANI obydwa razy operował w jeden i ten sam sposób. We wszystkich przypadkach dokonywano przecięcia lub wycięcia żeber lub ich chrząstek, przytem najczęściej rezekowano 5 albo 3 żebro. We wszystkich przypadkach punktem wyjścia cięcia skórniego była otrzymana rana. Lewa opłucna otwarta była we wszystkich przypadkach. Dwa przypadki zakończyły się wyzdrowieniem, w 7 zaś zejście było śmiertelne, przyczem

śmierć w 3-ch przypadkach nastąpiła przed 3 dniami, w 1 przed 5, w dwóch między 19 i 22 dniem, w jednym ściśle czasu nie podano, sądząc jednak ze wzmianek, chory po operacji żył około tygodnia. Przyczyną śmierci w 4-ch przypadkach było zapalenie ropne osierdzia, powikłane ropnem zapaleniem opłucny, w jednym upadek sił, w dwóch przyczyna śmierci nie podana.

#### L I T E R A T U R A.

---

- 1) Georg FISCHER. Die Wunden des Herzens und des Herzbeutels. Archiv f. klinische Chirurgie. IX. Band. 1868. 2) ROSE. Ueber Herztamponade. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. T. XX. 1884. 3) F. TERRIER i E. REYMOND. Chirurgie du Coeur et du Péricarde. Paris. 1898. 4) Ed. LOISON. Des blessures du péricarde et du coeur et de leur traitement. Revue de Chirurgie 1899. 5) RODET i NICOLAS. Sur les blessures du coeur, étude expérimentale. Lyon médic. 1 Decembre. 1895 (in Revue des Scie. Med. 96). 6) RODET i NICOLAS. Sur quelques troubles du rythme cardiaque, déterminé par les blessures du coeur (Archiv. de physiol. VIII, 961 (w Rev. d. Scien. Méd. str. 167). 7) RIBBERT. Fall von Schussverletzung des Herzens und der Aorta. Corresp. Blatt. f. Schw. Aerzte. Nr. 3. Str. 84. 1. II. 95. 8) PODREZ. O chirurgii sierdca. Wracz 1898. Nr. 26. 9) C. W. MANSELL-MOULLIN. The Lancet. 1897. T. I. Str. 314. 10) RYDYGIER. O ranach serca. Przegląd Lekarski. 1898. 19. IX. 11) E. PISARZEWSKI. Przypadek rany postrzałowej serca. Medycyna. 1896. Nr. 31. 12) NIEDZIELSKI. O ranach serca. Kronika lekarska. 1899. Zeszyt 2. 13) I. KARLIŃSKI. Przyczynek do znajomości postrzałowych ran serca. Przegląd lekarski 1887. Nr. 11 i 12. 14) George Foy. The successfull treatment of a wound of the heart. The Lancet. 1897. 22 maja. Str. 1436. 15) SALOMONI (Messina) Centralblatt f. Chirurgie. 1896. Nr. 51. Str. 1224. 16) L. REHN. „Stichverletzung des rechten Ventrikel's. Herznaht“. Centr. f. Chirurg. 1896. Nr. 44. Str. 1048. 1. Therapeut. Wochenschrift. Nr. 20. 1897. 17) WILLIAMS. Stab wound of the heart and pericardium. New-York. Medic. Record. 1897. 27. III. (rev. des Scien. Medic). 18) Revue de Chirurgie. 1898. Nr. 1. Compte rendu des travaux du 26 congrés Allemand de Chirurgie. 19) E. GIORDANO. Semaine médicale. 5. X. 1898. str. 407 i Riforma medica. 9. IX. 1898 i ref. Gaz. Lek. 20) PARROZZANI. The Lancet. Str. 260. 1897 (u Loison). 21) CAPPELEN. British medical Journal. 23. V. 1896 (u Lorson). 22) DELORME i MIGNON. Sur la ponction et l'incision du péricarde. Rev. de Chirurg. 1896. 23) M. DURAND. De la résection préliminaire du cinquième cartilage costal pour aborder le péricarde etc. (Revue d. Chirurg. 1896. Str. 485).
-

## Przemieszczenie jądra pod skórę okolicy pachwinowej pochodzenia urazowego.

Podał

**D-r med. Ludwik Krause.**

Ordynator oddziału chirurgicznego w szpitalu Starozakonnym w Warszawie.

---

(Dokończenie.—Zob. Nr. 21).

W dostępnej mi literaturze znalazłem jedynie tylko 3 przypadki przemieszczenia jądra pod skórę okolicy pachwinowej, spostrzegane przez GALIN'a,<sup>2)</sup> z których 2 zupełnie są podobne do przypadku, przeze mnie spostrzeganego, z pewną tylko różnicą, na którą niżej zwrócę uwagę. Przypadki te pozwolę sobie w krótkości tu przytoczyć. Pierwszy dotyczy 21 letniego mężczyzny, który, 4 lata mając, zauważył guz w pachwinie prawej. Przed trzema laty podczas pożaru został silnie poturbowany, i od tego czasu guz, który dotychczas nie zmieniał się wcale co do wielkości, zaczął się powiększać. Przy badaniu stwierdzono w okolicy pachwinowej prawej nad więzmem POUPART'a guz, znajdujący się pod skórą, dość miękki, w środku którego wyczuć można ciało nieco twardsze. Guz ruchomy w kierunku pionowym i poprzecznym, ku dołowi daje się ściągnąć aż do wejścia do moszny. Prawa połowa moszny pusta, skóra zmarszczona, lecz zmarszczki dają się wygładzić, i wtedy prawa połowa nie jest mniejsza od lewej. Przy powolnym ucisku guz zmniejsza się, zawartość jego wchodzi do jamy brzusznej, i wtedy wyczuwa się guz mały, twardy—jądro. To ostatnie połączone jest z sznurkiem nasiennym. Ruchy boczne i ku górze nie są bolesne, ruch zaś w kierunku moszny sprawia choremu ból.

Przypadek drugi dotyczy chorego, który 7 czy 8 lat temu dostał się pod nogi konia i uderzony został kopytami w okolicę pachwinową prawą. Od tego czasu zauważył guz w prawej pachwinie; guz ten, zwykle nie wielki, powiększał się znacznie przy długim chodzeniu i przy powiększeniu ciśnienia wewnątrzbrzuszego. Przy badaniu znaleziono w okolicy pachwinowej prawej, pod skórą, guz okrągły, sprężysty. Guz jest ruchomy, z łatwością posuwać się daje w górę wpoprzek i w dół do połowy moszny. Przy naciskaniu można zawartość wycisnąć do jamy brzusznej, i wtedy wyczuć można jądro znacznie zmniejszone, bolesne, połączone ze sznurkiem nasiennym, idącym do kanału pachwinowego. Otwór zewnętrzny kanału pachwinowego przepuszcza koniec małego palca. Prawa połowa moszny pusta, lecz rozwinięta prawidłowo. Przy opukiwaniu guz daje ton tępy. Jądro lewe wielkości normalnej znajduje się w mosznie. Otwór wewnętrzny lewego kanału pachwinowego wąski i nie przepuszcza końca palca.

Jak widzimy z powyższego krótkiego opisu, oba przypadki, spostrzegane przez GALIN'a, bardzo są podobne do przypadku, przeze mnie spostrzeganego, z tą tylko różnicą, że w tych przypadkach zawartość płynna, znajdująca się w powłoce pochwowej jądra, dała się wycisnąć do jamy brzusznej z powodu niezaro-

---

2) GALIN. Chirurgia 1899, Nr. 26.

śnięcia wyrostka pochwowego, w naszym zaś przypadku tego dokonać nie można było. Fakt ten, zdaniem autora, dostateczną jest wskazówką, że przyczyny przemieszczenia jądra w opisanych przez niego przypadkach, szukać należy przeważnie w wadzie rozwoju, mianowicie w zboczeniu jądra podczas samego procesu opuszczenia się. Wiemy jednakże, że podczas sprawy opuszczenia się, jądro największej doznaje przeszkody w samym kanale pachwinowym, gdy zaś przeszło przez otwór zewnętrzny kanału, to z łatwością już przechodzi do moszny. Zdarza się nieraz, że jądro zatrzymuje się w połowie moszny lub u samego wejścia do moszny, i to trwa nieraz lata całe, lecz trudno sobie wyobrazić, aby jądro po przejściu już przez kanał pachwinowy zboczyło na zewnątrz i rozwinęło się w dalszym ciągu pod skórą przed ścianą przednią kanału pachwinowego.

Ze wszystkich przyczyn, jakie według autora mogły się składać na powstanie danego cierpienia, najprostsza wydaje mi się uraz, i to bardzo silny, jaki miał miejsce w obu przypadkach. Jądro nawet z niezarośniętym jeszcze wyrostkiem pochwowym mogło znajdować się w mosznie lub poniżej otworu zewnętrznego kanału pachwinowego, uraz zaś spowodował jego przemieszczenie, a *hydrocele* mogła rozwinąć się następnie, jak to miało miejsce w naszym przypadku. Znane są wszakże przypadki, że uraz spowodować może przemieszczenie jądra nie tylko pod skórę, lecz i do kanału pachwinowego a nawet do jamy brzusznej.

Zmiany jakie zachodzą w jądrze z powodu przemieszczenia jego, bądź wrodzonego, bądź sztucznie wywołanego, bądź pochodzenia urazowego, są daleko głębsze, aniżeli na pozór się wydaje. W celu bliższego zbadania tych zmian ALESSANDRI<sup>3)</sup> przedsięwziął szereg doświadczeń na psach i doszedł do wniosku, że przy przemieszczeniu jądra pod skórę okolicy pachwinowej po wycięciu powłoki pochwowej znajdujemy wszystkie cechy, charakteryzujące zanik jądra. Pod drobnowidzem znajdujemy znaczne zwyrodnienie i zniszczenie nabłonka kanalików nasiennych, brak zupełny nitek nasiennych, rozwój i zgrubienie tkanki łącznej między kanalikami. Te same zmiany znalazł przy przemieszczeniu jąder do jamy brzusznej po wycięciu powłoki pochwowej. Zmiany te zależą, jak przypuszcza ALESSANDRI, po części od zaburzeń w odżywianiu jądra, po części zaś od ucisku.

W przypadku, przeze mnie spostrzeganym, stwierdzić mogłem widoczny zanik jądra, który po wycięciu powłoki pochwowej i przyszyciu jądra do dna moszny postępował coraz dalej, aż w końcu, jak to wyżej wzmiankowałem, jądro zmniejszyło się prawie do połowy. Badanie drobnowidzowe, naturalnie, nie mogło być przedsięwzięte. Miałem jednakże sposobność wycięcia jądra z powodu kryptorchizmu u 18-letniego młodzieńca. Jądro to znajdowało się w takich samych warunkach, w jakich znajduje się jądro, przemieszczone z jakiegokolwiek bądź powodu. Leżało ono w kanale pachwinowym, część tylko mała znajdowała się na zewnątrz od otworu zewnętrznego kanału, sznurek nasienno bardzo krótki, gruby i skręcony naokoło swej osi na 90°. Po wycięciu jądro na pozór nie przedstawiało żadnych zmian. Badanie drobnowidzowe, dokonane przez kol. STEINHAUSA w pracowni szpitala Starozakonnych, wykazało: powłoka pochwowa nie zmieniona, przestrzeń między nią i *albuginea* wolna. Jądro i przyjądrze okazuje tkankę międzygruczołową silnie krwią nacieczoną, ciążka czerwone niezmiennione lub mało zmienione. Oprócz tego widać w tkance międzygruczołowej dość równomierne nacieczenie drobnokomórkowe. Kanaliki nasienne są prawie wszę-

---

<sup>3)</sup> ALESSANDRI. Ueber die Exstirpation der Tunica vaginalis des Hodens und die Verödung des Cavums ref. w Centr. f. Chir. 1898. Nr. 2.

dzie wypełnione tłuszczowym nabłonkiem, tłuszczowo-zwrodniałymi komórkami i detrytem komórkowym. Nigdzie nie widać utkania prawidłowego i spermatogenezy. Łącznotkankowa otoczka rurek gruczołowych zgrubiała, bliznowata.

Widzimy więc, że jądro przemieszczone, pozbawione powłoki pochwowej (doświadczenia ALESSANDRI'ego) lub też nie, znajduje się zawsze w nienormalnych warunkach odżywiania, bądź z powodu ucisku, bądź z powodu zmian, zachodzących w sznurku nasiennym, i ulega zanikowi w większym lub mniejszym stopniu. Aczkolwiek w naszym przypadku przemieszczenia jądra pochodzenia urazowego jądro drobnowidzowo badane być nie mogło, gdyż nie zostało wycięte, mogę jednakowoż śmiało twierdzić, że przedstawiało ono wszelkie cechy zaniku, jeszcze nim zostało do dna moszny przytwierdzone.

Wobec tego zachodzi pytanie, jak postępować w takich razach, jeżeli mamy do czynienia z przemieszczeniem jądra? czy nie lepiej jest jądro od razu wyciąć i nie narażać chorego na operację długotrwałą i niezmiernie uciążliwą w celu przyszycia do dna moszny jądra, z którego żadnego pożytku mieć nie może? Zależy to, naturalnie, od przeciągu czasu, w jakim jądro znajduje się nie na swoim miejscu. W przypadkach świeżych, w których ucisk trwa nie długo, i można się spodziewać, że sznurek nasienno da się z łatwością wyciągnąć, należy wykonać orchidopeksję, w przeciwnym razie należy jądro wyciąć.

W naszym przypadku, gdzie jądro znajdowało się pod skórą okolicy pachwinowej rok cały, i warunki odżywiania z powodu rozwinięcia się *hydrocele* i nieprawidłowego stanu sznurka nasiennego niewątpliwie musiały być bardzo upośledzone, chory nic na temby nie stracił, gdyby go pozbawiono tego jądra.

### Wiadomości bieżące.

— W dniu 28 maja r. b. o godzinie 7-ej wieczorem w salonach resursy kulturalnej zgromadzili się liczni przedstawiciele świata lekarskiego, jako też duchowni, artyści, literaci, uczeni, ziemianie i przemysłowcy, celem uczczenia 35 letniej działalności pedagogicznej prof. JULIANA KOŚCIŃSKIEGO, opuszczającego w roku bieżącym katedrę uniwersytecką.

W kwiecie i zielenią umajonej sali zasiadł czcigodny jubilat, mając po lewej stronie sędziwego dziekana BRODOWSKIEGO, po prawej umyślnie w tym celu przybyłego prof. RYDYGIERA ze Lwowa, nieopodal zaś siebie profesorów HOYERA, STRUWEGO, PRZEWOSKIEGO, BARANOWSKIEGO, i innych kolegów swych ze Szkoły Głównej i Uniwersytetu.

Szanowny dziekan BRODOWSKI rozpoczął szereg mów od scharakteryzowania w ciepłych, prawdziwą przyjaźnią tętnących słowach działalności uniwersyteckiej i naukowej KOŚCIŃSKIEGO; prof. RYDYGIER przemawiał w imieniu lekarzy Galicyjskich i uniwersytetu lwowskiego. Dalej głos zabrał prof. BARANOWSKI, którego przemówienie czytelnicy znajdą na czele dzisiejszego nume-

ru. Prof. STRUWE w pięknych wyrazach mówił o pokrewieństwie wszech nauk, prof. HOYER wspominał o stosunkach naukowych, łączących go z jubilatem, KASZEWSKI sięgnął pamięcią do czasów Szkoły Głównej, jako do ożywczego źródła nauki polskiej, a wywody jego w dalszym ciągu w podniosłym przemówieniu poparł pan IGNACY CHRZANOWSKI. Dalej prezes MARKIEWICZ mówił o działalności jubilata jako członka Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego i zaznaczył zacytował jego jako współuczestnika kasy wsparcia wdów i sierot, po lekarzach pozostałych, którą to instytucję KOŚCIŃSKI zasilił w swoim czasie bardzo hojną ofiarą. Koledzy KIJEWSKI i MALISZEWSKI w gorących słowach uczcili płodną działalność kliniczną swego mistrza, a kol. PAŁĘCKI wiązaną mową prześlicznie wyraził zapał swego profesora do pracy, zapał, który w swych uczniach przejąć potrafił. — Od Towarzystwa Lekarskiego Łódzkiego hołd i życzenia jubilatowi złożył prezes tej instytucji kol. JONASZ, od Pogotowia ratunkowego — sekretarz tegoż kol. JOZEF ZAWADZKI, a zastęgi jubilata dla niedawno powołanego do życia Towa-

rzystwa Higienicznego zręcznie skreślił kol. SZUMLAŃSKI. — Książd GRALEWSKI w podniosłej a przepiękną polszczyzną wygłoszonej mowie sławił ciche miłosierdzie obytego z niedolą ludzką lekarza i kończącego swój zawód przewodnika młodzieży; — pan GROBICKI zaś w krótkich słowach scharakteryzował jubilatą, jako ziemianina. — Redaktor pisma naszego zwrócił się do gorliwego współpracownika „Medycyny” z następującą przemową:

„Czcigodny profesorze!

Poprzedni mówcy w wyczerpujący sposób scharakteryzowali i ocenili działalność Twoją, czcigodny jubilacie, zarówno jako pedagoga, jak i lekarza-praktyka. Jeśli więc śmiem głos zabrać w tej chwili i przez to jeszcze utrudzać uwagę Twoją, to jedynie w tym celu, aby Ci złożyć hołd i wyrazić wdzięczności w imieniu współpracowników czasopisma, którego mam zaszczyt być kierownikiem. Każdemu wiadomo, jak ważną rolę, zwłaszcza w naszych warunkach, odgrywać winny i odgrywają czasopisma lekarskie; z drugiej strony nam, bliżej stojącym przy sprawach wydawnictwa tych czasopism, aż nadto znane są trudności, z jakimi borykać się przychodzi. Jednym z ognisk naukowych była właśnie klinika, której Ty, Szanowny profesorze, lat tyle byłeś nieocenionym przewodnikiem. Rozporządzając olbrzymim meteryałem klinicznym, nie tylko zachęcałeś uczniów swoich do dzielenia się z ogółem lekarskim wynikami Twych badań i spostrzeżeń, z tego materiału zaczerpniętych, lecz i sam dawałeś przykład najlepszy, że pomimo tylu zajęć, tylu godnie spełnianych obowiązków, znalazłeś czas, aby bardzo często zasilać nasze czasopisma swemi pracami. Nasze czasopismo niemal od początku swego istnienia miało zaszczyt prace Twoje w swych łamach pomieszczać, a kiedy przed kilku laty uległo ono gruntownej reformie zgodnie z duchem czasu, Ty jeden z pierwszych zarówno materyalną jak i moralną pomocą dałeś dowód, jak bardzo Ci chodziło o rozwój onego dla dobrej nauki i polskiego piśmiennictwa. Skoro więc w chwili obecnej z powodu ukończenia Twej pedagogicznej działalności ogół kolegów naszych czci Cię uroczystością dzisiejszą, my, gremium

Do dzisiejszego numeru dołącza się dla wszystkich prenumeratortów Katalog wydawnictwa Kasy Mianowskiego.

czasopisma „Medycyna”, składamy Ci życzenia, abyś długie jeszcze lata zasilał pisma nasze lekarskie pracami swojemi i chociaż tym sposobem w części dalej prowadził swą pedagogiczną działalność. A że płodną ona była niech posłuży do pewnego stopnia za dowód ten zbiór prac i spostrzeżeń, które znalazły się w mej tece na wezwanie moje, aby je w numerze, Tobie poświęconym, umieścić. Nazwiska autorów prac, w tym numerze zawartych, to nazwiska uczniów Twoich i najbliższych współtowarzyszów pracy Twojej. Oto dar, jak sądzę, dla Ciebie najmiłszy. Dar ten składamy Ci w dniu święta Twego wraz z tym upominkiem, w podobiznę Twoją zdobnym.

Przy ostatnich wyrazach redaktor wręczył jubilatowi poświęcony mu okazały numer „Medycyny”, jako też medal pamiątkowy, na którego jednej stronie widnieje popiersie profesora, na drugiej zaś napis: „Mistrzowi chirurgii polskiej — „Medycyna — 1899”.

Rozrzewniony jubilat dziękował każdemu z mówców osobno, redukując skromnie różnorodnie swe a poważne zasługi do mniejszych rozmiarów.

Obchód jubileuszowy uświetniły liczne adresy i telegramy, nadesłane z kraju i z zagranicy, a mianowicie: dyplom honorowy od Towarzystwa Lekarskiego Wileńskiego i Lubelskiego, telegramy od Towarzystwa Lekarskiego Krakowskiego, Lwowskiego i Płockiego, jako też od Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu, od lekarzy Łomżyńskich, Częstochowskich, Kaliskich, Ciechocińskich i z wielu innych miast prowincjonalnych kraju naszego; od profesorów: BERGMANN’a z Berlina, LASKOWSKIEGO z Genewy, BABIŃSKIEGO, DOYEN’a i GAŁĘZOWSKIEGO z Paryża, DOMAŃSKIEGO, BUJWIDA, JORDANA i KLECZKIEGO z Krakowa, od D-ra ŚWIECICKIEGO z Poznania, jako też od wielu uczniów i pacjentów KOŚCIŃSKIEGO. Kol. KRYŻE nadesłał list z życzeniami i przeznaczył rs. 200 na cel, jaki jubilat uzna za stosowny.

Uroczystość zakończył FELIKS hr. CZACKI staropolskiem „kochajmy się”.

Około północy zebrani zaczęli się rozchodzić, z żalem żegnając opuszczającego swe stanowisko profesora.