

GAZETA LEKARSKA.

I. NIEZWYKŁE ZEJŚCIE WPOCHWIENIA

(*invaginatio*)

KISZKI CIENKIEJ.

Napisał

D-r Med. E. Przewoński.

Najdrobniejsze spostrzeżenie nie powinno przepadać, jeżeli tylko przyczynia się do wykończenia obrazu pewnej sprawy chorobowej. W tem przekonaniu przedstawiam, co następuje:

K. S., wyrobnik, lat 38, zawsze poprzednio zdrowy, po kilkodniowej chorobie w domu został przywieziony do szpitala Dzieciątka Jezus, w Lipcu 1889 roku. Choroba zaczęła się od ogromnej bolesności w brzuchu, w okolicy pępka, i, w początku, od mocnego zaparcia stolca. W chwili wstąpienia do szpitala chory był już w stanie konania i umarł w kilkanaście godzin.

Badania pośmiertnego dokonano po upływie doby.

Na trupie człowieka mocnej budowy i dobrego wzrostu znaleziono, co następuje:

Skóra gruba, blada, z żółtawym odcieniem. Tłuszczu w tkance tłuszczowej podskórnej nie wiele. Mięśnie czerwone, dobrze rozwinięte. Układ kostny i nerwowy nie przedstawiają zmian widocznych.

W jamie ustnej, gardzieli, przełyku, a także w drogach oddechowych nie spostrzeżono nic godnego uwagi. Płuca przy podstawie zawierają trochę mniej powietrza skutkiem znacznego podniesienia przepony do góry; nadto od tyłu są one wyraźnie ciastowate, obrzękłe. Serce, osierdzie i główne pnie naczyniowe bez zmian dostrzegalnych.

Brzuch bardzo mocno wzdęty. Ściany przednie jamy brzusznej, wszędzie przyklejone świeżym wysiękiem zapalnym do zawartych w niej trzewów, jakoteż trzewa w podobny sposób posklejane ze sobą. Prócz tego uderza w okolicy pępka i trochę na lewo od niego obecność jamy wielkości głowy jednorocznego dziecka, wypełnionej płynnym, żółtawym, podobnym do grochówki, kałem i otoczonej przez posklejane kiszkki. Jamę ograniczały: od przodu przednia ściana brzuszna, od góry poprzecznicą ze swą kreską i nieco pętlą *jejuni*, na prawo i od dołu pętlą kieszki cienkiej, na lewo kieszka gruba zstępująca, nakoniec od tyłu kreska kieszki cienkiej i otrzewna tylnej ściany brzusznej. Po oddaleniu płynnego kału i przemyciu jamy, widać w ścianach jej od góry i od dołu dwa

światła zupełnie przerwanej, to jest pozbawionej jednociągłości, kiszki cienkiej, przyczem światło, należące do górnego odcinka kiszki, otwarte i napełnione jeszcze płynnym kałem, a światło dolnego odcinka zamknięte skutkiem ucisku przez kał. Każde z tych światel utworzone jest przez prawie zupełnie równo obcięta ścianę kiszki, która tylko przy samym brzegu obcięcia jest mocno zgrubiała i zaczerwieniona. Nadto na samym brzegu przerwania ściany kiszki wiszą miejscami krótkie, lub dosyć długie [do 2 cm.], szaro-żółtawe nekrotyczne kłaczki. Dalej dwa wymienione światła przerwanej kiszki łączy zaczerwieniony, rozpulchniony, mocno zgrubiały i jeszcze wyraźnie wachlarzowato pozginany, przedni brzeg krezki kiszki cienkiej. Ten wolny brzeg krezki jest również pokryty nekrotycznymi kłaczkami. Długość tego oswobodzonego od kiszki brzegu krezki, bez wyprostowania, wynosi około 6 centymetrów i krezka w odpowiednim miejscu jest wyraźnie krótsza. Po wyprostowaniu kiszki cienkiej okazuje się że przerwa nastąpiła w odległości około 1 metra od zastawki BAUHIN'a i w odległości około $3\frac{1}{2}$ metrów od początku jelita czczego. Badanie ściany kiszki nad i pod przerwą nigdzie nie pozwoliło zauważyć żadnych zmian ważniejszych. Światło górnego odcinka kiszki cienkiej wogóle było wyraźnie rozszerzone i błona śluzowa jego trochę zaczerwieniona, a światło dolnego odcinka kiszki miejscami ściągnięte z błoną śluzową bladą. Prócz tego wszędzie ściana kiszki okazywała niewielkie zgrubienie i spulchnienie, jak to zwykle bywa przy rozlanem zapaleniu otrzewnej. W kiszce grubej także dostrzegało się tylko nadmienione zgrubienie i spulchnienie ściany. Zawartość tej kiszki stanowił płynny, żółtawy kał i wielka ilość gazów. Otrzewna wszędzie mocno zaczerwieniona, zgrubiała, spulchniona z powierzchnią matową i wszędzie pokryta większą, lub mniejszą ilością świeżego, ropiasto-włóknikowego wysięku, który miejscami wyraźnie był napojony żółtawym kałem (*peritonitis diff. acuta*).

Wątroba mocno odparta ku górze, trochę powiększona, na powierzchni gładka i pokryta wysiękiem ropiastym. Na rozkroju jest ona blada, zmętniała, bez wyraźnej budowy zrazikowej i rozrywa się łatwo [parenchymatyczne zmętnienie]. Pęcherzyk żółciowy zawiera mało żółci. Żyła wrotna bez zmian widocznych. Śledziona nieco powiększona, rozrywa się łatwo. Nerki także trochę powiększone. Powłokę ich oddziera się łatwo. Powierzchnia blada, zupełnie gładka. Istota korowa wyraźnie zgrubiała, blada, mętna. Piramidy przy podstawie zaczerwienione [parenchymatyczne zmętnienie]. Nadnercza, miedniczki nerkowe, moczowody nie zmienione. Pęcherz moczowy zawiera trochę mętnego od opadłych moczanów moczu. Narządy płciowe i trzustka nie przedstawiają nic szczególnego.

Dodać należy, że na całej przestrzeni ścian brzusznych nigdzie nie można było odszukać najmniejszego śladu worka przepuklinowego.

Z powyższego rezultatu badania pośmiertnego widać, że chory umarł skutkiem rozlanego zapalenia otrzewnej, wywołanego przez przerwę w jednociągłości kiszki cienkiej i wylanie kału. Co jednak stało się powodem zupełnego przerwania jednociągłości kanału kiskowego?

Nagle traumatyczne pęknięcie kiszki dało się wyłączyć z powodu:

a) braku odpowiedniego etjologicznego momentu, dalej,

b) z powodu wyglądu brzegów przerwanej kiszki, gdyż przy świeżem traumatycznem pęknięciu brzegi rozerwanego jelita nie bywają pokryte długimi nekrotycznymi kłaczkami i nakoniec skutkiem tego,

c) że znaleziony na trupie stan krezki kiszki cienkiej zmuszał do przypuszczenia braku jelita na dosyć znacznej przestrzeni. Istotnie, inaczej niepodobnaby było objaśnić obecności oswobodzonego od kiszki, wolnego brzegu krezki na przebiegu około 6 centymetrów. Do przypuszczenia takiego braku kiszki zmuszało jeszcze i porównanie przeciętnej długości kiszki cienkiej u człowieka z takąż długością, znaną na naszym trupie. Moje wymiary przekonały mnie, że długość kiszki cienkiej od początku jelita czczego do zastawki BAUHIN'a u różnych osobników waha się w dosyć obszernych rozmiarach, a mianowicie od 5 do 7,5, a nawet 8 metrów. Najkrótszy wymiar kiszki cienkiej bez dwunastnicy u mężczyzny widziałem 5 metrów. Ponieważ zaś na trupie badanego przez nas chorego długość kiszki cienkiej bez dwunastnicy wynosiła 4,5 metra, przeto brak musiał wynosić przynajmniej około 1 metra. Rozumie się, że taki brak byłby tylko wówczas, gdyby przypuścić, że u naszego chorego był kanał pokarmowy stosunkowo krótki.

Że powodem braku kiszki na znacznej przestrzeni nie mogła być jakaś złośliwa sprawa patologiczna, np. w postaci nowotworu, tego dowodzi:

a) sam bystry przebieg choroby,

b) brak najmniejszych śladów takiej sprawy patologicznej w brzegach przerwanej kiszki i w oswobodzonym od jelita brzegu krezki. I w jednym i w drugim z tych miejsc badanie drobnowidzowe wykazuje tylko zmiany zależne od zapalenia, przyczem wolna powierzchnia brzegów przerwanej kiszki i krezki pokryta jest przez większe lub mniejsze kłaczki nekrotyczne.

Ostatnia okoliczność zagnała do myśli, że brak kiszki dokonał się na drodze zmartwienia (*necrosis*). Ponieważ zaś nie ma brakującej części kiszki na prawidłowem jej miejscu, ani nigdzie w jamie otrzewnej, przeto przyjąć należy, że została ona wydalona na zewnątrz przez kanał kiszkowy. Możliwe to jest tylko przy wPOCHWIENIU kiszki (*invaginatio*). Gdyby bowiem zmartwienie kiszki nastąpiło skutkiem zamknięcia światła dużej tętnicy krezkowej, rozległego krzepnięcia krwi, oderwania się kiszki od krezki i t. d., to zawsze w takich razach więcej lub mniej rozpadłe ściany kiszkowe możnaby było wykazać na miejscu. Z drugiej zaś strony dałoby się odnaleźć chociaż ślady tej sprawy, która wywołała zmartwienie, albo też dowieść odpowiedniego momentu etyjologicznego, jak uderzenia, przejechania przez wóz, spadnięcia ze znacznej wysokości i t. d..

Jeżeli więc w obecnym przypadku jako jedyny powód zmian anatomicznych, znalezionych na trupie, można przyjąć wPOCHWIENIE kiszki cienkiej, a mianowicie wPOCHWIENIE górnej części kiszki cienkiej w część leżącą poniżej (*invaginatio iliaca*), to musiało ono przebiegać w sposób następujący: po szybkim wPOCHWIENIU cała część wPOCHWIONA (*intussusceptum*, *le boudin*, część wgłębiona, część zagłębiona, wgłębizna BĘTKOWSKIEGO) wraz z zawartym w niej kawałem krezki prędko i całkowicie uległy zmartwieniu i wydaleniu. Nieprzymocowane dostatecznie przez zlepane zapalenie otrzewnej brzegi jelita nad i pod częścią zmartwiałą roze-

szły się zupełnie i daleko, czemu towarzyszący wylew kału spowodował rozlane kałowe zapalenie otrzewnej.

Otóż, w opisanym przypadku całą niezwykłość zejścia w pochwienie кишки stanowi to zupełne i odległe odsunięcie się od siebie odcinków przerwanego jelita z wytworzeniem wielkiej jamy kałowej pomiędzy odcinkami. Samo zaś zmartwienie wPOCHWIONEJ кишки, a zwłaszcza na kiszce cienkiej, należy do zejść, obserwowanych stosunkowo bardzo często. Zresztą każde wPOCHWIE NIE może dać wszelkie odpowiednie do takiego zejścia warunki; przy każdym bowiem wPOCHWIE NIU dwa zewnętrzne cylindry kiszkowe, a mianowicie pochwa (*intussusci piens, la gaine, die Scheide, the receiving layer*) i jelito wywrócone (*das austretende, umgestülpte Rohr, returning layer*) siłą żywą swęj poprzecznej gładkiej muskulatury i elastycznością rozciąganych tkanek cisań na wciągniętą do części wPOCHWIONEJ krezkę, a tem samem i na naczynia w niej zawarte. Ciśnienie to więcej oddziaływa na żyły, niż na trudniej dające się ucisnąć tętnice. Zależne od tego ciśnienia i stosownie do jego siły w różnych przypadkach obserwuje się więcej lub mniej mocne przekrwienie żyłne *intussuscepti*, dochodzące niejednokrotnie do zupełnego żylnego zastoj u. Utrudnienie odpływu krwi żyłnej prowadzi dalej do znacznego obrzęku, do nacieczeń krwawych w części wPOCHWIONEJ, a także do wylewów krwi do światła кишки. Jeżeli utrudnienie odpływu krwi jest bardzo znaczne, to rzecz prosta, że może dojść i do zmartwienia w częściach wPOCHWION YCH. W najniższym stopniu tej zmiany zmartwienie przejawia się przy wierzchołku *intussuscepti* i przy szyi wPOCHWIE NIA (*Hals der Invagination, collier, neck*), przyczem zwykle najmocniej cierpi jelito wywrócone. W miarę postępu zmartwienia, części zmartwiałe szybko ulegają rozpadowi gnilnemu i oddzielają się w postaci mniejszych lub większych kłaczków. Że podczas tego może przyjść do zakażenia gnilnego całego ustroju i do większych krwotoków, to pojąć łatwo. Niekiedy także krew krzepnie w uciśniętych żyłach, skrzepy zakażają się od rozpadającego się jelita i takie krzepnienie przechodzi poza granice wPOCHWIE NIA do większych żył krezkowych. Wówczas, oprócz zakażenia gnilnego ustroju, zdarzają się takie zjawiska, jak ropnie przerzutowe w wątrobie i rzadziej w płucach. Dalej, długo przeciągający się rozpad gnilny w jelicie wywróconem zgubnie oddziaływa na błonę śluzową pochwy. Czasami mianowicie wywołuje w niej silne zapalenie z prostemi kataralnemi i follikularnemi owrzodzeniami, które w przypadku, widzianym przez KLEBS'a, same doprowadziły do przedziurawienia pochwy i śmiertelnego zapalenia otrzewnej. W innych przypadkach znowu wspomniane zapalenie z owrzodzeniami nie zniknęło jeszcze po zmartwieniu i wydaleniu się całej części pochwowej, ale szerzyło się dalej i później dopiero stawało przyczyną przedziurawienia byle j pochwy.

Przy wyższym stopniu zastoj u żylnego skutkiem silniejszego zaciśnienia w okolicy szyi wPOCHWIE NIA całe *intussusceptum* może ulede zmartwieniu i średnio w przeciągu 11 do 21 dni wydała się na zewnątrz. Długość takiej wydzielonej кишки bywa rozmaita; dochodzi ona niekiedy do 3 metrów i wygląd jej po części zależy od szybkości, z jaką się wydała. Jeżeli wydalenie zmartwiałej кишки nastąpiło prędko, to zachowuje ona nieraz swój prawidłowy wy-

gład o tyle, że łatwo można odróżnić szczegóły jej budowy i poznać, jaka część jelita uległa zmartwieniu. Wogóle wydaloną kiszka najwięcej bywa zmieniona przy końcach i w części, odpowiadającej kiszce wywróconej. Gdy zaś od chwili zmartwienia do wydalenia кишки ubiegło dosyć wiele czasu, to daleko posunięty rozpad gnilny zmienia ją w miękką szarawą, przepojoną posoką, kłaczkowatą masę. Mimochodem wspomnę, że samo wydalenie się zmartwiałej кишки nie zawsze odbywało się gładko. Bywały przypadki, w których zmartwiałe jelito zatykało światło кишки i dopiero z trudnością odchodziło na zewnątrz.

Jednorazowe zmartwienie i wydalenie się znacznej części jelita niezawsze posiada jednakowe znaczenie dla ustroju. Raz kończy się to zupełnem wyzdrowieniem, innym razem powstaje większe lub mniejsze zwężenie kanału kiskowego na miejscu szyi wPOCHWIENTA i nakoniec jeszcze w innych przypadkach staje się to punktem wyjścia ciężkich spraw następnych. Taki różnorodny charakter dopiero co wspomnianego zejścia zależy: a) od szybkości, z jaką się dokonało zmartwienie części wPOCHWIENTA i jej wydalenie i b) od odległości górnej granicy zmartwienia od szyi wPOCHWIENTA. Jeden i drugi z przytoczonych warunków wpływają na jakość i siłę zrostu, wytwarzającego się pomiędzy odcinkami jelita, jakoteż ułatwiają, lub utrudniają możliwość zakażenia.

Zrost pomiędzy odcinkami przerwanego jelita zawsze jest wynikiem sprawy zapalnej, która powstaje na zwróconych do siebie otrzewną powierzchniach jelita wCHODZĄCEGO (*intretendes Rohr, entering layer*) i wywróconego przy wPOCHWIENTU. To zapalenie zwykle bywa następstwem drażeń mechanicznych, jak: targania, gniecenia, naderwań i t. d., ale z drugiej strony także późnierz odczynem na zmartwienie. Z ostatniego powodu może ono niekiedy nawet przyjąć charakter złośliwy, septyczny i rozszerzyć się poza szyję wPOCHWIENTA na całą otrzewną (*peritonitis diff.*). Jeżeli jednak zapalenie nie dochodzi do takiego złośliwego charakteru, to tylko wówczas spowodowrywa wytworzenie się dostatecznego zrostu pomiędzy końcami pozbawionej jednociągłości кишки, gdy jest do tego odpowiednia ilość miejsca i czasu. Zbyteczna szybkość oddzielenia się części wPOCHWIENTA zmniejsza możliwość zakażenia ustroju, ale przy zanadto blizkiem położeniu górnej granicy zmartwienia od szyi wPOCHWIENTA może wypaść dla chorego bardzo niepomysłnie; niejednokrotnie bowiem obserwowano cząstkowe rozejście się odcinków кишки w postaci mniejszego lub większego otworu bocznego. Ze względu na swoje położenie taki otwór prowadzi albo ze światła кишки wprost do jamy otrzewnej i w tym kierunku przepuszcza zawartość kiskową, albo też znajduje się od strony krezki. W pierwszym razie pod wpływem wychodzącej z кишки zawartości rozwija się *peritonitis circumscripta*, lub *diffusa, purulento-septica*; w ostatnim zaś, oprócz zawsze mogącego się dołączyć zapalenia otrzewnej, widziano powstanie rozległych zropień pomiędzy listkami krezki i mniej więcej takie dalsze następstwa, jak przy *paratyphlitis purulenta*. Powolne oddzielanie się zmartwiałej części wPOCHWIENTA zawsze grozi zakażeniem się ustroju, które przedstawiać się może w formach wskazanych powyżej. Zadałekie oddzielanie się *intussuscepti* od szyi wPOCHWIENTA w każdym razie korzystnem jest dla utrzymania w związku końców przerwanej кишки, ale ma podwójne niedogodności: albo staje się powodem zwężenia кишки, zwiększającego się z czasem skutkiem

kurczenia się zbyt obszernej blizny; albo też, jeżeli przy szyi wpochwienia pozostaje jeszcze dosyć duży kawał części wpochwionej, to ten, na podobieństwo np. polipa, ulega nowemu wciągnięciu i wywołuje odnowienie się wpochwienia.

Gdy *intussusceptum* oddzieli się we wszystkich najpomyślniejszych dla chorego warunkach, to na miejscu oddzielenia się jego w końcu końców pozostaje tak niewielka blizna, że odnaleźć ją na trupie trudno. Miejsce jej istnienia niejednokrotnie wskazuje tylko sfałdowanie się i zgrubienie krezki, które także z czasem wyrównać się może.

Jeżeli nakoniec *intussusceptum* ulega zmartwieniu do samej szyi i gdy oddzielenie się jego następuje bardzo szybko, to może wydarzyć się to, co zaszło w obecnie opisywanym przezemnie przypadku, to jest: dwa odcinki przerwanej kiszki mogą rozejść się zupełnie. Prawdopodobnie może to mieć miejsce tylko przy zbiegu pewnych warunków. Zdaje mi się, że konieczne do tego warunki są: najpierw, znaczna siła i energija okrężnej muskulatury kiszkowej, a powtórę, znaczne przepełnienie górnego odcinka kiszki zawartością. Przy współistnieniu wskazanych dwóch warunków, okrężna muskulatura ściska od obwodu, na podobieństwo silnej obręczy, a zawartość, wypchana z górnego odcinka kiszki do wchodzącej kiszki wpochwienia, rozpiera w rodzaju klina. Wypadkową tych dwóch sił będzie niezmiernie silne uciśnięcie wpochwionej kiszki i wciągniętej do niej krezki. Rzecz prosta, że może to wystarczyć do zupełnego powstrzymania krążenia w całej części wpochwionej z wywołaniem szybkiego jej zmartwienia i oddzielenia się. Napieranie z góry zawartości kiszkowej może nawet przyspieszać oddzielanie się zmartwiałej kiszki w rodzaju odrywania, poczem wylewający się kał rozsuwa górny i dolny odcinek przerwanej kiszki. Bez przypuszczenia wskazanego mechanizmu nie byłbym w stanie zrozumieć tego, co w krótkim czasie zaszło u opisywanego przezemnie obecnie chorego. I istotnie, badanie na trupie pozwoliło stwierdzić istnienie dwóch podanych warunków. Muskulatura kiszkowa zmarłego K. S. była wszędzie rozwinięta doskonale i wylany kał bezwątpienia pochodził z górnego odcinka kiszki.

Przytoczonemu tłumaczeniu zaszłego zjawiska patologicznego nie mogą stać na przeszkodzie znane hipotezy, mające wyjaśniać przyczynę wpochwienia kiszek, gdyż one same są także tylko więcej lub mniej prawdopodobnem przypuszczeniem.

Takie, jak wyżej opisano, zejścia obserwuje się przy wpochwieniach przebiegających ostro, lub ostrawo (*invaginatio acuta et subacuta*). *Invaginatio acutissima* sprowadza śmierć skutkiem nagłego zamknięcia drożności przewodu pokarmowego, albo też niekiedy skutkiem związanego z tem wstrząsu nerwowego (*shock*) bez następnych zmian anatomicznych. Przewlekłe przebiegające wpochwienia kiszek, zwykle obserwowane tylko przy wpochwieniach kątnico-biodrowych (*invaginatio ileo-coecalis*), kończą się śmiercią z wyniszczenia, spowodowanego ciągłymi biegunkami, krwawieniami i t. d., albo też obostrzają się i po miesiącach, a nawet latach dochodzi przy nich do zmartwienia części wpochwionej, z takimi dalszemi skutkami, jak podano wyżej.

Zdaje się nakoniec, że niekiedy przyżyciowe wpochwienie kiszek może skończyć się i wyzdrowieniem przez powrót jelita do prawidłowego położenia. Wymaga to jednak jeszcze potwierdzenia na drodze dalszej obserwacji.

II. KILKA UWAG NAD PRZYMIOTEM UKŁADU NERWOWEGO.

[Rzecz, czytana na posiedzeniach Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego].

Skreślił

Aleksander Fabian.

[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 42].

Daleko szybciej życie chorego zagrożonem zostaje w tych przypadkach, gdzie nacieczenie oponowe sadowi się wysoko w rdzeniu, mianowicie też w górnych częściach szyjowych; tu bowiem równie szybko, jak w poprzednio opisanych porażeniach kończyn, rozwijają się paraliże całej masy mięśniowej ciała, mianowicie zaś mięśni tułowia i oddechowych. Może tu niekiedy powstać obraz do wstępującego porażenia podobny, w ten sposób, że w miarę zwiększania się nacieczenia przymiotowego w samym rdzeniu zrazu do meningitycznych objawów dołączają się paraplegie kończyn dolnych, potem porażenie zwieraczy, dalej mięśni tułowia, kończyn górnych, a wreszcie i przepony. Lecz i tutaj zwykle przebieg nie bywa tak regularny. Zrazu np. zjawia się słabość w jednej ręce dotychczas bolesnej, potem zachorowuje noga tej samej strony, potem obie kończyny drugostronne, a dopiero potem przychodzi kolej na zwieracze i mięśnie brzucha, oddawanie moczu ulega zaburzeniu, i już wtedy może powstać zadrażnienie zapalne pęcherza oraz odleżyny w różnych miejscach. Czynność wydechowa zostaje ograniczoną, wykrztuszanie słabe, lub niemożliwe; przyłącza się bezwład mięśni międzyżebrowych, klatka piersiowa już się przestaje należyście przy wdechaniu poruszać i to nieraz z jednej strony bardziej, niżeli z drugiej. Nakoniec gdy i korzenie nerwów przeponowych znajdują się w zakresie nowotworzenia przymiotowego, czynność przepony staje się niedostateczną i chory umiera z zaduszenia, lub też rozwijająca się zgorzel płuca albo zapalenie kładzie koniec życiu chorego. Oczywiście, kolejne następstwo zjawisk zawisło od tego, w jaki sposób na najwyższych przecięciach rdzenia leżące obok siebie pasma ruchowe ulegną uciskowi, lub zniszczeniu, czy to przez zapalne rozszerzenie naczyń, obrzmienie i rozmiękczenie, czy też przez sam nowotwór przymiotowy; a to musi wypaść rozmaicie, stosownie do tego, czy nacieczenie przybywa od powierzchni tylnej, czy od przedniej i stosownie do rozmaitej głębokości, do jakiej sięga zmiana neuroglii w głąb rdzenia. Wspólną dla wszystkich przypadków jest wszakże **s z y b k o ś ć**, z jaką pojedyncze porażenia kolejno po sobie występują, aż do wytworzenia ogólnego zbioru zupełnego groźnego dla życia bezwładu, a dalej objawy **o p o n o w e**, wyprzedzające porażenie i trwające jeszcze długo w okresie bezwładu zupełnego.

We wszystkich opisanych postaciach równocześnie obok zboczeń anatomicznych w rdzeniu mogą istnieć nowotwory przymiotowe w mózgu, jego tętnicach i nerwach czaszkowych, co przedewszystkiem ma miejsce niemal zawsze

w przypadkach przymiotu dziedzicznego, a mianowicie wrodzonego, występującego wcześniej; w tych razach przymiot ośrodków nerwowych bywa zwykle mózgodzeniowym, jak o tem świadczą spostrzeżenia SIEMERLING'a, JARISCH'a i innych.

Odmienne od powyżej opisanych sposobów przebiegu przedstawia się obraz u chorych, u których anatomiczne badanie nie wykrywa w rdzeniu [ani w mózgu] zmian żadnych, a w których chodzi o cierpienie nader szybko się rozwijające, a nawet o najostrejsze ze wszystkich przymiotowych cierpień rdzenia.

Ta postać, mająca wielką analogiję z ostrem porażeniem rdzeniowem wstępującem (*paralysis spinalis ascendens acuta* LANDRY) odróżnia się tem, że zwykle występuje we wcześniejszym okresie przymiotu, mianowicie już w ciągu pierwszego roku po pierwotnem zakażeniu, podczas zjawiania się jeszcze wczesnych objawów drugorzędnych, mianowicie wysypek skórnych. Występuje ona bez zwiastunów i brak przy niej opisanych w przypadkach pierwszej kategorii zwykłych objawów oponowych. Co najwyżej spostrzegano w dotychczas opisanych przypadkach w dniu wystąpienia porażenia bóle nieokreślone w różnych częściach tułowia lub kończyn. Rzecz rozpoczyna się wyraźnem porażeniem i to paraplegiją kończyn dolnych, lecz zdarzyć się może [jak w przypadku KUSSMAUL'a], że jedna kończyna górna i jedna dolna najprzód bezwładowi ulegają. Porażeniu temu towarzyszy uczucie uśnięcia danej kończyny, oniemienia jej, mrowienia i t. p.. Nie ma przytem wyraźnych zaburzeń w czuciu skórnem. Niekiedy przed temi porażeniami mięśni istnieje osłabione wydzielanie moczu, niemożność zatrzymania, lub bezmocz. Zaledwie jednak słabość rozpoczęła się w jednej kończynie, wzmaga się nietylko szybko, lecz rozprzestrzenia się równie prędko z dołu ku górze, lub z jednej strony ciała na drugą, tak, że rychło [nieraz już w ciągu doby, np. w dawnym przypadku ZAMBACO] porażenie jest zupełne. Nie ma przytem nawet śladu bolesności w kręgosłupie, sztywności mięśni, przykurczeń i t. p.. Kiedy już w ciągu niewielu dni porażenie u poprzednio pozornie zdrowego osobnika doszło do najwyższego stopnia, pozostaje w tym stanie przez czas dłuższy, nie rozprzestrzeniając się na mięśnie oddechowe. Lecz zato już w drugim tygodniu rozwija się zwykle odleżyna, szerząca się szybko i kładąca kres życiu po 3, 4, lub 6, 7-u tygodniach.

Mówiąc o rdzeniowych postaciach przymiotu, godzi się też wspomnieć o pewnym od dawna znanym i często opisywanym zbiorze objawów, któremu, ponieważ pospolicie wyprzedza wybuch drugorzędnego przymiotu, nadano nazwę zjawisk zwiastunnych przymiotu, a który nie może przyjść do skutku bez udziału ośrodków nerwowych, a specjalnie i rdzenia kręgowego. FOURNIER, który bardzo starannie te objawy opisał kolejno, podnosił ich łączność z wczesnym okresem przymiotu, mówiąc: „c'est la vérole jeune qui ébranle le système nerveux“. Układ nerwowy broni się niejako przez czas pewien przeciwko zarazkowi, aż później obojętnieje na jego działanie. Wobec zupełnego braku zmian anatomicznych nie podejmuje się on ścisłego objaśnienia patogenezy tych cierpień.

Ostatniemi czasy prof. LANG⁴⁵⁾ zwracał w kilku pracach uwagę na to wczesne przymiotowe cierpienie ośrodków nerwowych, starając się przy pomocy swego kolegi SCHNABEL'a wynaleźć przez wykrycie odpowiednich zmian w siatkówce pozytywnego dowodu podrażnienia opon w przypadkach, w których przy początku przymiotu konstytucyjnego występowały szczególnie silne bóle głowy, zawroty, ogólny rozstrój i t. p..

Że i rdzeń kręgowy oraz jego opony przyjmują udział narówni z mózgiem i układem współczulnym w tym obrazie wczesnych objawów, to widać wyraźnie z jakości odnośnych zjawisk [bóle nieokreślone, gorączka i t. d.], że zatem mamy zupełne prawo przyjmować dla początkowego okresu ogólnego przymiotu, t. j. dla wczesnej jego epoki istnienie cierpien rdzeniowych, noszących na sobie cechy czysto irytacyjne i szybko przemijające [porównaj statystykę NAUNYŃ'a].

Całkiem oddzielne miejsce wśród kwestyj przymiotu nerwowego należy się stosunkowi pomiędzy wiałem rdzenia a zakażeniem przymiotowym. Pytanie to, wciąż jeszcze pod pewnym względem sporne, bo kiedy jedni, za przewodem FOURNIER'a, oskarżają przymiot wprost jako przyczynę najczęstszą, niemal pospolitą wiału, czyli innemi słowy uważają wiał rdzenia za pewną postać przymiotu rdzeniowego, inni, choć takich jest coraz mniej, zaprzeczają istnieniu wszelkiego związku patogenicznego pomiędzy wiałem a przymiotem. Pośredni niejako obóz twierdzi wprawdzie, że przymiot może wywoływać niektóre objawy tabetyczne, jeżeli dotknie pęczki tylne rdzenia; nie wierzą wszakże, ażeby mógł spowodować cierpienie, „układowem“ zwane, do rzędu których należy typowy wiał rdzeniowy. Wreszcie są i tacy, dość jeszcze liczni, badacze, którzy, zgadzając się na istnienie niezaprzeczonego związku pomiędzy przymiotem i ataksją postępową DUCHENNE'a, sądzą jednak, że, jeżeli przymiot wogóle sprowadza wiał, to czyni to w sposób nie bezpośredni, lecz tylko pośredni. To jest: dla nich, przymiot nie sprowadza ataksyi tak, jak np. tworzy osutki skórne, lub lepieże, lecz jedynie tak, jak niekiedy wywołuje niedokrwistość, suchoty, wycieńczenie i t. p.; stanowi jednym słowem jedynie przyczynę usposabiającą. Pomimo licznych bardzo badań klinicznych i anatomo-patologicznych oraz statystycznych, dużo jeszcze momentów pozostało niewyjaśnionemi, bo też i sama patogenija anatomiczna wiału rdzenia wcale dotychczas ustaloną nie jest. Nie wiemy jeszcze wcale napewno, zkąd mianowicie sprawa bierze początek: ze substancyi nerwowej, czy też ze śródmiaższowej, z produktów zapalnych, czyli też wprost ze zwyrodnień; jaką drogą się szerzy, czy tylko wzdłuż pewnych szlaków nerwowych, czyli też jedynie podług kierunku oddzielnych terytoriów naczyniowych, ustanowionych przez ADAMKIEWICZA, a zakwestyjonowanych poważnie wskutek badań KADYJ'a, czy wreszcie wogólności wiał nie jest po prostu tylko następstwem zwyrodnieniem pewnych szlaków nerwowych w rdzeniu, pierwotny zaś, właściwy punkt wyjścia leży w korze mózgowej, t. j., czy wiał rdzenia nie jest chorobą kory mózgowej, jak dowodzi między innemi badaniami swemi JENDRASSIK?

⁴⁵⁾ LANG. Ueber die Häufigkeit und Frühzeitigkeit syphilit. Erkrankungen des Nervensystems. Wien. med. Woch. 1880.

Wyniki leczenia przeciwprymiotowego nie przyczyniają się jeszcze dość stanowczo do rozstrzygnięcia kwestyi przymiotowego pochodzenia władu rdzeniowego, gdyż jeszcze zbyt mało bywało ono stosowanem w dość wczesnych okresach choroby, ażeby nawet w najpomyślniejszym razie sprowadzić skutki zawsze równie wybitne. Wogólności wszakże dziś tyle napewno powiedzieć można, że:

1-o. W przeważnej liczbie przypadków władu można było wykryć u chorego istnienie uprzednie zarażenia przymiotowego, oraz objawów ogólnego przymiotu — zdanie to opiera się na bardzo starannych badaniach statystycznych FOURNIER'a, ERB'a, GOWERS'a, MOEBIUS'a, SEELIGMUELLER'a, PUSINELLI'ego, BUZZARD'a, ZIEMSEN'a i wielu innych.

2-o. Obok przymiotu, jako moment etyjologiczny chyba tylko zaziębienie może być uwzględnionem jako poważny element przyczynowy. Inne przytaczane przyczyny nie wytrzymują wcale krytyki.

3-o. Przeglądając i porównywając zmiany anatomiczne, znajduwane przy sekcyjnie badanych przypadkach władu, ze zmianami, jakie przez przymiot spowodowanemi być mogą, trudno zaprzeczyć, że nie wykluczają one wcale możliwości przymiotowego pochodzenia władu, zwłaszcza też wskutek przymiotowego cierpienia naczyń, nie przemawiają wszakże, jak dotąd, dość stanowczo, ani za, ani przeciw przymiotowemu pochodzeniu władu.

4-o. Kliniczny obraz władu rdzenia nie przemawia pod żadnym względem przeciw możliwości sprawy anatomo-patologicznej przez przymiot wywołanej i owszem, cały szereg zmian i przebieg mogłyby doskonale odpowiadać zmianom zakaźnym.

5-o. Skutki przeciwprymiotowego leczenia, zwłaszcza stosowanego we wczesnych okresach władu, przemawiają z pewnością raczej za związkiem władu rdzenia z przymiotem, niżeli przeciw niemu. [D. n.]

III. O RANACH PRZEPONY.

Podał

Bronisław Sawicki,

Asystent kliniki chirurgicznej szpitalnej.

[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 43].

Pod względem płci znaczna przewaga znajduje się po stronie mężczyzn, z pomiędzy przypadków czysto urazowych 8 tylko dotyczyło kobiet i 4 dzieci. Co się tyczy wieku, to, o ile się zdaje, pęknięcia częściej spotyka się po latach 40, co można objaśnić zmniejszeniem się sprężystości tkanek w tym okresie. Natomiast rany drążące przeważnie spostrzegano w wieku młodym. Pod względem zajęcia można to tylko powiedzieć, że ranom drążącym ulegali przeważnie żołnierze, pęknięciom zaś robotnicy [murarze, robotnicy kolejowi i t. d.].

Objawy, występujące po zranieniu przepony, o ile nie wskazują na wytworzenie się przepukliny, niewiele mają w sobie charakterystycznego. CELSUS (1)

tak je określał: „po zranieniu przepony rozciągają się podżebrza w górę; powstaje ból w stosie kręgowym, powolne oddechanie i odpływ krwi pienistej“. Aczkolwiek określenie to wydaje się mało charakterystycznym i niewystarczającym, dwa tysiące lat jednakże niewiele posunęło nas w tej sprawie. Nie ulega wątpliwości, że małe rany mogą się goić bez żadnych gwałtowniejszych objawów. Natomiast przy obrażeniach większych, uszkodzenia innych narządów zazwyczaj maskują ranę przepony.

Najczęściej spotykanym objawem jest bardzo mocny ból, występujący w okolicy rany, powiększający się przy każdym skurczu mięśnia przeponowego, więc: przy wdechu, kaszlu, wymiotach, wydymaniu, poruszeniach i t. d.. Ból ten z przepony rozszerza się na całą odpowiednią stronę klatki piersiowej, sięgając do łopatki. Ostatni objaw LANGENBECK tłumaczy wspólnem wyjściem nerwu przeponowego i nerwu łopatkowego powierzchownego z 4 gałęzi nerwów szyjowych. Wskutek gwałtownego bólu chory stara się utrzymywać przeponę w największym spokoju, oddecha przeto powierzchownie, nierówno, głównie za pomocą klatki piersiowej (*respiratio costalis*). Otóż, ból w okolicy przepony, rozprzestrzeniający się do łopatki, i oddech żebrowy, powierzchowny, nierówny stanowią dwa najgłośniejsze objawy. Do mniej charakterystycznych należy zaliczyć: kaszel suchy, łkanie, skłonność do wymiotów, drgawki, uśmiech sardoniczny, skurcz głośni, przestach, osłabienie, pot zimny i t. p.. Wszystkie te objawy mogą tak dobrze towarzyszyć ranom przepony, jakoteż i uszkodzeniom innych narządów klatki piersiowej i jamy brzusznej. PERCY ongi robił wielki nacisk na uśmiech sardoniczny, uważając go za objaw patognomoniczny dla przepukliny przeponowej, względnie ran przepony. Dziś wiemy, że *risus sardonius* stanowi jeden z częstszych objawów, towarzyszących tężcowi. Raz jeden miałem możność spostrzegać go także w przypadku wścieklizny u sześciolatniego dziecka. Odpierając pogląd PERCY'ego, KOENIG robi przypuszczenie, że objaw ten występuje przy ranach przepony tylko w razie powikłania ich tężcem.

Nieco łatwiejsze bywa rozpoznanie ran przepony drażących. Tu obok objawów, wyżej opisanych, mogą wystąpić jeszcze inne, raną zewnętrzną oraz zranieniem narządów sąsiednich uwarunkowane. Do takich należą: umiejscowienie i kierunek rany zewnętrznej, oraz charakter wydzielin. Rany drażące, powikłane zranieniem przepony, umiejscowione bywają zazwyczaj w dolnej połowie klatki piersiowej i mają kierunek z góry do dołu, lub pionowy do osi ciała; rzadziej znajdują się w górnej okolicy brzucha i mają kierunek z dołu do góry. Jeżeli po zranieniu takiem występuje ból i oddech charakterystyczny oraz inne objawy, wyżej podane, lekarz powinien mieć na względzie ranę przepony. Przypuszczenie to staje się odrazu pewnikiem, jeżeli przez ranę klatki piersiowej wypadają nazewnątrz trzewa brzuszne, lub sączy się żółć wskutek jednoczesnego zranienia wątroby [przypadki z wojny amerykańskiej (12)]. Nie mniej wagi mają wymioty lub stolce krwawe przy ranach piersi, uwarunkowane zranieniem żołądka lub kiszek [SCHOLZ (4)]. Jako na bardzo ważny objaw przy ranach jamy brzusznej, wskazują na wypływ krwi spienionej, pochodzącej z uszkodzonego płuca.

Do wielce interesujących pod względem rozpoznawczym należy przypadek WEISS'a (14), dotyczący 27-letniego mężczyzny, przejechanego wozem przez brzuch. W 15 dni po obrażeniu wystąpiła żółtaczka i stępienie na prawej stronie piersi i brzucha. Z prawej opłucnej wydobyto płyn, zawierający składniki żółci i komórki wątroby. W ten sposób rozpoznano pęknięcie przepony i wątroby.

Tu muszę nadmienić, że spostrzegano przypadki, w których samo zranienie przepony nie sprawiało choremu prawie żadnych dolegliwości. Dopiero wytwarzająca się następnie przepuklina powodowała nieprzyjemne dla chorego objawy. Na uwagę tu zasługuje przypadek WRIGHT'a i COOPER'a. 27-letni mężczyzna spadł z wagonu, poczem cały dzień czuł się zupełnie dobrze i w dalszym ciągu odbywał podróż. Drugiego dnia nagle wystąpiły bóleści i wymioty, a po upływie doby śmierć. Na sekcji znaleziono w lewej części przepony ranę, przepuszczającą palec; przez otwór ten wypadł i uwiązał żołądek.

Bardziej charakterystyczne objawy przedziurawienia przepony występują dopiero wówczas, gdy posłuży ono za punkt wyjścia dla przepukliny. Dokładne opisywanie tych objawów uważam za zbyteczne wobec ogłoszonej w roku przeszłym wyczerpującej pracy D-ra PRZEWOSKIEGO; pozwalam sobie przytoczyć tylko najważniejsze dane. Jeżeli przepuklina przebiega ostro, występuje silna bolesność w górnej okolicy brzucha, duszność i sinica. Tętno częste i słabe, oddech powierzchowny i przerywany. Badanie wykazuje przemieszczenie trzew do klatki piersiowej, przesunięcie serca, ucisk płuca. Śmierć następuje szybko. Jeżeli rana się goi i powoduje wytworzenie przepukliny przewlekłej, występują zmiany ze strony oddechania, krążenia i trawienia. Objawy ze strony narządów oddechania są następujące: 1) duszność; 2) oddechanie żebrowe; 3) odpowiednia połowa klatki piersiowej wydaje się bardziej wypukłą i mniej się porusza; 4) odgłos wypukowy na niej bębniasty, często z metalicznym odcieniem; 5) zniesienie drżenia piersiowego; 6) przy wysłuchiwanu zniesienie lub znaczne osłabienie szmeru oddechowego, który niekiedy przybiera odcień dzbanowy; 7) kruczenie, szmery metaliczne, szmer przy wstrząsaniu. Badanie narządów krążenia wykazuje: 1) przesunięcie serca, 2) zmiany w tętnie. Skurcze serca od czasu do czasu stają się niejednostajnymi, przyspieszonymi z tętnem drobnem i częstem. Występuje sinica. Objawy ze strony narządów trawienia zależą przeważnie od tego, jaka część przewodu pokarmowego wypadła przez otwór. Są one następujące: 1) brzuch zapadnięty; 2) trudność w połykaniu i wracanie pokarmów; 3) możność połykania tylko dużych kawałów i picia znacznej ilości płynu (*dysphagia paradoxa*); 4) niestrawność; 5) zaparcia niekiedy naprzemian z biegunką; 6) wymioty. Do tego możnaby dodać jeszcze spostrzeżaną przez niektórych autorów [MARK, GROTTENSCHUETZ, KAUFMANN, HOROCH] niemożność leżenia na boku, odpowiadającym przepuklinie. Nie małej wagi jest tu jeszcze ta okoliczność, że wyżej przytoczone objawy [zwłaszcza fizyczne] nie są stałe u danego osobnika, lecz wciąż się wzmagają, lub słabną w miarę tego, jaka ilość trzew przechodzi do klatki piersiowej. W przypadkach podejrzanych, niejasnych, przy badaniu może się okazać pomocnem dokładniejsze określenie żołądka i kiszek grubej za pomocą wypełnienia ich gazem, lub wodą.

Nie w każdym jednakże przypadku przepukliny przeponowej objawy występują tak licznie i wyraźnie, jakżeśmy je tylko co przedstawili. Często chory lat wiele z nią chodzi, pracuje i żadnych szczególnych zaburzeń nie doznaje. W przytoczonym wyżej przypadku FOUERAS'a mężczyzna, przygniecony drzewem, uległ takiemu rozdarciu przepony, że na stronie lewej jama opłucnej prawie zupełnie łączyła się z jamą brzuszną. Pomimo wypadnięcia znacznej ilości trzew, chory żył jeszcze lat 10, pracował, jadł i pił, jak dawniej, a nawet tańczył i śpiewał. Tylko po wypiciu większej ilości płynu czuł bulgotanie i przelewanie w lewej połowie piersi. DREIFUSS przypadkiem znalazł na sekcji 69-letniego cieśli w prawej części ośrodka ścięgnistego otwór, przez który wypadła poprzecznicą. Chory na wiele lat przedtem spadł z wysokości, łamiąc sobie żebra; po wyzdrowieniu żadnych dolegliwości nie odczuwał i dalej trudnił się swem rzemiosłem.

Jeżeli przepuklina przeponowa ulega uwięźnięciu, obok objawów opisanych, występują jeszcze oznaki niedrożności. W razie uwięźnięcia żołądka pewne wskazówki możemy otrzymać za pomocą wprowadzenia doń zgłębnika. Zwraca na to uwagę NAUMANN, który w podobnym przypadku wydobył z żołądka nieco płynu krwawego. Natomiast zaledwie 10 ctm. sześć. cieczy udało mu się wlać do wewnątrz.

Rozpoznanie ran przepony, wobec jednoczesnego stłuczenia lub zranienia innych narządów, należy przeważnie do rzędu zadań bardzo trudnych. Dokładne zestawienie wywiadów z objawami może nam dać w większości przypadków tylko przypuszczenie takiego obrażenia. Niezmiernie ważny objaw rozpoznawczy stanowi tu wystąpienie objawów ze strony narządów brzusznych po zranieniu piersi, i odwrotnie. Łatwiejsem, chociaż także niełatwem staje się rozpoznanie z chwilą wytworzenia przepukliny. Ostatnia, o ile nie jest uwięźnięta, musi zawierać nieco większy odcinek jelita, ażeby dać objawy pewne. Nie mniej przeto świeże przypadki przepuklin można pomieszać z otokiem ropopowietrznym (*pyopneumothorax*). Dla uniknięcia pomyłki BRINTON radzi zwracać uwagę na to, że w razie przepukliny znajdujemy zapadnięcie brzucha i oddech żebrowy, podczas gdy przy otoku brzuch bywa duży i przyjmuje główny udział w oddechaniu (*respiratio abdominalis*). Poza tem ważne są przy rozpoznawaniu przepukliny objawy ze strony narządów trawienia i zmienność objawów fizycznych, czego *pneumothorax* nie daje. Nieco podobne do przepukliny przeponowej objawy dać może ropień podprzeponowy [LEYDEN, MATLAKOWSKI (48)]. Przy nim także spotykamy oddech dzbanowy, zniesienie drżenia piersiowego, szmery metaliczne przy wysłuchiowaniu, szelest przy wstrząsaniu. Pomyłka jest tem łatwiejsza, że stępienie w okolicach klatki piersiowej może towarzyszyć i przepuklinie w razie wylewu krwi, żółci, zawartości trzew do opłucnej, lub też w razie wytworzenia otoku ropnego. Ważnych cech rozpoznawczych dostarcza nam w tych razach anamneza. Ropień podprzeponowy rozwija się powoli, z ciągłą gorączką; poprzedza go zwykle cierpienie żołądka lub dwunastnicy. Przytem ropień daje następujące objawy, zupełnie niewłaściwe przepuklinie: obrzęk odpowiedniego boku, często znaczne przesunięcie wątroby ku dołowi obok niewielkiego przemieszczenia serca, brak rozdęcia odpowiedniej

połowy klatki piersiowej, przy zmianach położenia ciała znaczna zmienność tępości wysięku obok ścisłego utrzymywania się jej w dolnej części klatki piersiowej.

Pod względem rokowania rany przepony należą zawsze do rzędu uszkodzeń bardzo ciężkich, kończących się często śmiercią w krótkim czasie. Nawet w razie zagojenia się rany ustrój ulega licznym zaburzeniom, czyniącym go niezdolnym do pracy, i zawsze narażony jest na możność uwięźnięcia wypadniętych trzew. To też wobec świeżego uszkodzenia lekarz może opiniować tylko o bezwzględnej śmiertelności lub względnej uleczałości. Pod tym względem rokowanie zależy od towarzyszących zranieniu przepony innych uszkodzeń. Z pomiędzy ran przepony, powikłanych uszkodzeniem narządów sąsiednich, stosunkowo najlepiej przebiegają przypadki z jednoczesnem zranieniem płuca. Obrażenia jelit i wątroby dają rokowanie o wiele gorsze, wskutek czego do najcięższych trzeba zaliczyć postrzałowe rany przepony. Zresztą i ostatnich nie można uważać za absotutnie śmiertelne. General, opisany przez GROTTENSCHUETZ'a, po otrzymaniu w lewy bok postrzału żył jeszcze lat 52, wciąż cierpiąc na zaburzenia w trawieniu. Umarł z uwiadu starczego, a na sekcji znaleziono żołądek w opłucnej. W przypadku SCHOLZ'a student przestrzelił sobie płuco, przeponę i żołądek, a pomimo to wyzdrowiał. Przypadki, przytaczane w sprawozdaniach z wojny amerykańskiej, podziw budzą, ile to ustrój ludzki wytrzymać może. W jednym z nich kapitan wolnych strzelców otrzymał postrzał karabinowy w VIII lewe międzyżebro. Kula strzaskała żebro, zraniła płuco, przeponę, przewód pokarmowy i w 5 dni potem ze stolcem wyszła. Przez ranę zewnętrzną wypadł kawałek płuca wielkości pomarańczy. Chory piechotą dowłókł się do szpitala, ztąd zaraz następnego dnia musiał uciekać z powodu ognia nieprzyjacielskiego. W innym szpitalu parokrotnie próbowano wypadnięte płuco odprowadzić; gdy to nie udało się, nałożono podwiązkę i czekano, aż samo odpadło. Rana się zagoiła i chory wyzdrowiał. Wytworzyła się tylko na miejscu zagojonej rany przepuklina przeponowa, wystająca ponad powierzchnią klatki piersiowej. Nie mniej interesujący jest przypadek żołnierza, któremu kula strzaskała prawe XII żebro i wyszła nieco na prawo od wyrostka mieczykowatego. Przez przednią ranę wypadł kawałek płuca, przez tylną żółć się sączyła. Trzeciego dnia po zranieniu chory dowłókł się do ambulansu nieprzyjacielskiego, lecz tu go schwyciono i, jako jeńca, pod strażą wysłano dalej. Tym sposobem w ciągu pierwszych dni kilku chory nie miał żadnego opatrunku i tylko sam przy zdarzonej sposobności obmywał sobie wypadnięte płuco (*occasional washed it*). Po 25 dniach żółć przestała się sączyć, wypadnięte płuco zmniejszyło się. Koniec końców, rany zagoiły się i chory wyzdrowiał. Pozostał mu tylko na miejscu rany przedniej guz przepuklinowy, jak w poprzednim przypadku.

Rany przeponowe, nawet pomyślnie na razie zagojone, mogą zawsze w przyszłości stać się powodem uwięźnięcia. Z tego powodu są one dla chorego mieczem DAMOKLES'a, który może spaść nań niespodzianie po latach kilku, a nawet kilkunastu. W przytoczonym wyżej przypadku FARWELL'a objawy uwięźnięcia wystąpiły w lat 16 po zgnieceniu. FREER spostrzegł 37-letnią

kobietę, zmarłą raptownie podczas porodu. Przed laty 20 upadła ona na grabie, przebijając sobie lewy bok. Po wyzdrowieniu czuła się zupełnie dobrze przez lat 20 i dopiero podczas ciąży dostała bólu w lewym boku i zaburzeń w trawieniu. Sekcja wykazała dziurę w mięśniu przepony, przez którą wypadły: żołądek, sieć, dwunastnica i poprzecznicza.

Przechodząc do sposobów leczenia ran przepony, względnie spowodowanych przez nie przepuklin, muszę nadmienić, że posiadamy zaledwie kilka przykładów czynnego mieszania się i to przeważnie przy ostrem uwięźnięciu. W innych przypadkach, niepowikłanych uwięźnięciem, ograniczano się wysoko ułożeniem chorego, spokojem, dyjetą, narkotykami. W razie wypadnięcia trzew nazewnątrż pozostawiano je w spokoju, lub starano się odprowadzić. W przypadku MECKEL'a przez ranę kłótą pomiędzy X i XI lewym żebrem sieć wypadła, zmartwiała i oddzieliła się. Po 10 dniach na miejscu zagojonej rany wytworzył się ropień. Chory umarł w 3 miesiące po zranieniu wskutek otoku ropnego. SPILMANN spostrzegał ranę kłótą lewej połowy piersi, powikłaną wypadnięciem sieci. Gdy odprowadzenie ostatniej nie udało się, obciął ją i ranę zaszył. W 11 dni potem śmierć z powodu ostrego uwięźnięcia. Przez mały otwór w lewej części przepony wypadł i uwiązał żołądek. Szczęśliwszym od obu powyższych chirurgów był SCALZI. Znaczne obrażenie, połączone ze złamaniem VIII i IX żebra, spowodowało rozerwanie przepony i wypadnięcie trzew. Autor ranę rozszerzył, trzewa z opłucnej odprowadził do jamy brzusznej i szew nałożył na ranę zewnętrzną. Nastąpiło zagojenie rany, nie mniej przeto objawy przepukliny przeponowej wprędce powróciły, nie sprawiając zresztą choremu większych dolegliwości. Z pomiędzy przypadków, pomieszczonych w sprawozdaniu z wojny amerykańskiej, dwa były powikłane wypadnięciem płuca, jeden zaś wypadnięciem sieci. Sieć podwiązano i odcięto, płuco raz podwiązano bez obcinania, drugi raz pozostawiano bez niczego. Za każdym razem nastąpiło zagojenie z wytworzeniem przepukliny przeponowej. We wszystkich przypadkach, jak widzimy, otrzymano wynik niezbyt zadawalający. Toteż oddawna odczuwano niedostateczność takiego postępowania. Zaczęły się odzywać głosy o konieczności zaszywania otworów w przeponie. W sprawie tej odzywali się HOROCH, DELAHOUSSE, wreszcie RIEDINGER. Dwaj pierwsi podali nawet sposób postępowania, opierając swe wnioski na rozumowaniu i na poszukiwaniach w prosektoryjum. Pomimo to, o ile się zdaje, nasz przypadek pierwszy urzeczywistnia tę ideę w praktyce.

Jeżeli same rany przepony, krwawiące zazwyczaj niewiele, nie grożą wprost *periculo in mora*, a zatem mniej się zdają wymagać czynnej interwencji, to nie można tego powiedzieć o przypadkach nagłego uwięźnięcia. Tu chory nie ma nic do stracenia. To też przeszedłszy do porządku dziennego nad wnioskami KIRSCHBAUM'a [dawanie żywego srebra] i OLIRET'a [używanie znacznej ilości pokarmów i napojów], oddawna już chirurgija domaga się czynnego postępowania. LAENCE, GUTRIE, BOCHDALECK, LEICHTENSTERN z kolei zwracali uwagę na laparatomiję, jako na jedynie wskazany rękoczyn. Pomimo to długo nie odważano się na nią. POPP (9) w razie uwięźnięcia przepukliny przeponowej radził, wprowadziwszy rękę do prostnicy, starać się tą drogą odszukać miejsce

zaciśnięte i uwolnić je za pomocą pociągania. Nie zdaje się, by ten sposób, zalecany pierwotnie przez SIMON'a dla wszelkiego rodzaju uwięzień wewnętrznych, mógł przynieść tu więcej korzyści, niż w innych przypadkach. Pierwsze laparatomije, wykonywane przy uwięzieniu przepukliny przeponowej, nie wykryły nawet miejsca zaciśnięcia. BARDENHEUER (21), SKLIFASOWSKIJ (40), wreszcie GIUSEPPE GALASSI otwierali jamę brzuszną i robili odbył sztuczny. We wszystkich przypadkach dopiero sekcja wykrywała istotę cierpienia. Szczęśliwszym był NAUMANN (50). Rozpoznawszy przed operacją przepuklinę przeponową, zrobił laparatomiję podług rady KUEMMEL'a i znalazł miejsce zaciśkające poza *centrum tendineum*. Żołądek, sieć i kiszka gruba wypadły do lewej opłucnej. Na nieszczęście, pomimo rozszerzenia bramy przepuklinowej i użycia większej siły, nie był w stanie ściągnąć żołądka do jamy brzusznej. Ranę zaszył i dopiero na sekcji przekonał się, że przeszkodę dla odprowadzenia trzew stanowiło ujemne ciśnienie w opłucnej. Po przecięciu jednego międzyżebra z łatwością udało mu się wykonać odprowadzenie. Stąd wyprowadza NAUMANN wniosek, że w razie napotkanych trudności przy ściąganju trzew należy otwierać opłucną.

Nie mniej pouczający jest przypadek, operowany w tym roku przez D-ra KRAJEWSKIEGO i opisany przez D-ra PRZEWOSKIEGO (51). Dotyczył on 24-letniego szewca, który kilkakrotnie przedtem zapadał na zaburzenia, przypominające uwięzienie. Tym razem po wysiłku mięśniowym wystąpiły znowu objawy niedrożności. W pięć dni potem laparotomija. Do podłużnego cięcia KUEMMEL'a musiano dodać jeszcze poprzeczne. Operujący znalazł zaciśnięcie *flexurae lienalis* w otworze, leżącym bardzo wysoko w lewej połowie przepony. Dopiero po wprowadzeniu całej ręki pod łuk żebrowy udało się chirurgowi dostać końcem palca wskazującego do miejsca uwięzienia, a hernijotom, wprowadzony pod osłonę tak ulokowanej ręki, okazał się zakrótki, tak iż z trzonkiem chował się zupełnie pod łuk żebrowy i nie dosięgał brzegów otworu w przeponie. Wobec tego D-r KRAJEWSKI odrzucił hernijotom, naderwał nieco palcem brzeg otworu, wprowadził palec obok jelita do opłucnej i, zgławszy go haczykowato, ściągnął przeponę ku dołowi. Teraz można już było dokładnie obejrzeć miejsce zaciśnięcia i otwór rozszerzyć hermijotomem. Natychmiast po zrobieniu nacięcia ześliznęła się przepona z palca ku górze, a wraz z palcem wysunęła się z otworu zaciśnięta pętlica kiszek. Jamę brzuszną zaszyto. Chory umarł w 9 dni po operacji wskutek zgorzeli zaciśniętej kiszek. Opis powyższej operacji maluje nam dosadnie trudności, jakie chirurg spotyka przy rękoczynach na przeponie. Z podanych szczegółów możnaby wnioskować, że otwór w tym przypadku znajdował się w części ścięgnistej i bardziej ku tyłowi przepony. Tymczasem oględziny pośmiertne wykazały, że leżał on w części przedniej mięśnia przeponowego, w odległości 6 ctm. od przyczepienia pęczków mięsnych do żeber, mniej więcej na przecięciu się dwóch linii, to jest: poprzecznej, łączącej przednie, kostne końce obu dziesiątych żeber, z przednio-tylną, przechodzącą przez linię sutkową lewą. Ztąd brać możemy miarę, jakie trudności napotyka chirurg w razie umiejscowienia otworu w ośrodku ścięgnistym, lub tylnej części mięśnia.

Toteż wątpię, czyby się udało w czyn wprowadzić rady HOROCH'a (35) i DELAHOUSSE'a (19). Pierwszy z nich radzi, w razie uwięznięcia przepukliny i rozpoznania takowej, wykonać wycięcie dwóch lub trzech żeber i starać się dostać do miejsca zaciśnięcia od strony opłucnej. Odprowadziwszy wypadnięte trzewo, należy błonę surowiczą żołądka zeszyć z brzegami rany przepony, a potem te ostatnie połączyć szwem ze sobą. Postępowanie takie wobec ciągłych ruchów płuca i przepony wydaje mi się niezmiernie trudnem, a nawet być może, niemożliwem. Zarówno niepraktyczny jest projekt DELAHOUSSE'a, znany mi zresztą tylko ze streszczenia. Radzi on w przypadkach uwięznięcia wykonywać laparotomię i, po odprowadzeniu zaciśniętych trzew i okrwawieniu brzegów otworu, zaszywać ostatni. W tym celu należy, zdaniem jego, nakładać szew potrójny: na opłucną, na otrzewną i na sieć, którą się umieszcza w przednim kącie rany. Szw taki dla tego, kto pamięta, iż kopuła przepony sięga do połączenia V żebra z mostkiem [HENLE], odrazu wyda się niepodobieństwem. [C. d. n.]

PIERWSZY ZJAZD CHIRURGÓW POLSKICH W KRAKOWIE.

Zjazd chirurgów w Krakowie odbył się pod prezydencją prof. RYDYGIERA, a przy udziale przeszło 60-ciu lekarzy, w d. 17 i 18 Października r. b.. O zjeździe tym postanowiliśmy jak najtreściwsze dać sprawozdanie z tego względu, że wszystkie prace, które tam komunikowano, wydrukowane będą razem w osobnem sprawozdaniu, na wzór niemieckich sprawozdań zjazdowych (*Berichte*) zredagowanem. Oprócz tego wiele z tych prac *in extenso* pomieści Przegląd lekarski, Gazeta Lekarska i Nowiny. Zjazd, o którym mowa, różnił się mocno od innych tego rodzaju zebrań tem, że od rana do wieczora uczestnicy jego, niemal bez wytchnienia, usilną pracą naukową byli zajęci. Posiedzenia ranne w nowej klinice chirurgicznej trwały od godziny 8½ rano do 1-ej, a wieczorem w auli uniwersyteckiej od 2-ej do 5-ej, lub do 6-ej. Pomimo to jednak z liczby 47 zapowiedzianych odczytów, kilkanaście z powodu braku czasu spadło z porządku dziennego.

Na prezesa zjazdu obrano RYDYGIERA, na jego zastępców: OBALIŃSKIEGO i STANKIEWICZA, na sekretarzy: WEHRA i BOSSOWSKIEGO.

Szereg odczytów rozpoczął JASIŃSKI [Warszawa], mówiąc o skoljozach pochodzenia neuropatycznego (*scoliosis ex neuralgia ischiadica, ex dystrophia muscularum progressiva, ex paresi analgesia et sc. ex chorea chronica*). Odczyt ten objaśniały liczne fotografie i przedstawienie przez kol. JAKOWSKIEGO projekcyjne preparatów drobnowidzowych.

Po nim zabrał głos DĘBOWSKI [Wilno] i przedstawił również za pomocą projektora elektrycznego szereg prześlicznych preparatów z walcowca (*cylindroma*), operowanego przez siebie. Zaletą tych preparatów niezwykłą było pomiędzy innemi to, że były to nader liczne skrawki poprzeczne, idące jeden za drugim wzdłuż nowotworu, dające przeto możność dokładnego zbadania budowy różnych bryłowatych i podłużnych mas i kanałów.

BARĄCZ [ze Lwowa] mówił o 7-iu przypadkach promienicy i demonstrował chorych wyleczonych.

BUJWID pokazywał za pomocą przyrządu projekcyjnego hodowle promienicy w przestrzeniach beztlenowych, a WEHR przedstawiał przypadek promienicy brzusznej, dwa lata trwającej.

ZIELEWICZ [z Poznania] mówił o leczeniu wrzodów goleniowych za pomocą transplantacji skóry [wyłóżczkowanie, wyskrobanie całego dna do zdrowej

tkanki, obcięcie brzegów i szczepienie metodą THIERSCH'a], przyczem ani jednego miejsca wolnego między płatkami zostawić nie można.

Nareszcie PESZKE demonstrował wyborny przyrząd D-ra STOLL'a do operacyj na kościach [tak zwany *rhichanotrepan*].

To wszystko działo się w sali wykładowooperacyjnej w nowo postawionej klinice chirurgicznej.

Klinika ta zbudowaną została podług najnowszych wymagań nauki. Szczegółowy jej opis wyjdzie z pod pióra prof. RYDYGIERA; przytoczę tutaj tylko niektóre uwagi, dotyczące tego nowego zakładu.

Sala wykładowa szczęśliwie połączoną została z salą operacyjną, gdyż starano się, aby jedna drugiej nie infekowała. Na bardzo spadzistym ostrokrogowatym amfiteatrze umocowano na nogach żelaznych szeregi pulpitów i siedzeń drewnianych tak, że z górnego piętra puszczona woda, zmywa całą podłogę [cementową] owego wciętego u dołu ostrokregu. Zdaniem mojem, lepiej by można było ławki i stoły oczyszczać, gdyby jedne i drugie deski były ruchome tak, jak w ławkach szkolnych GOSTYŃSKIEGO. W sali tej, w obrębie operacyjnym stoi stół operacyjny [szkło i żelazo], 2 umywalnie pod wodociągami i szafa szklana z narzędziami. Wolałbym proste miednice wywrotne lub dziurawe bez komod drewnianych, które uważam za zbyteczne. Piękna ta i ogromna sala mieści w sobie oprócz tego duży sterylizator parowy, a oświetlona jest wieczorem za pomocą elektryczności. Motor gazowy, który przytem pompuje wodę do zbiorników górnych, pomieszczony został w suterrenach. Ambulatoryjum ma drugą salę operacyjną, także na parterze, trzecia zaś na pierwszym piętrze przeznaczoną jest specjalnie do laparotomij. Ta ostatnia jest wybornie urządzoną: ogromne okno z jednej szyby, ściany gładkie [olejno malowane], kąty zaokrąglone, posadzka kamienna [jak zresztą w całej klinice], drzwi płaskie.

Stół operacyjny, stolik do narzędzi, półka szklana, kurek od wodociągu i zlew NEUBER'owski, a zresztą nic więcej nie ma w tej sali, ogrzewanej kaloryferami, biegnącymi w ścianach, a oświetlonej gazem. Sądzę, że gaz w tej izbie, ustąpi miejsca lampie elektrycznej, której zaprowadzenie chyba nie przedstawi trudności. Zresztą klinika robi wrażenie jaknajlepsze; wszędzie widać dzielną i sprężystą rękę RYDYGIERA.

Po godzinnej przerwie rozpoczęto tegoż dnia dalszy ciąg odczytów, które zajęły czas od 2-tej do 5-ej. Ta część prac Zjazdu odbywała się w auli *Collegii novi*. Po przywitaniu Zjazdu przez prorektora KASPARKA w imieniu Uniwersytetu, na mównicę wszedł prof. OBALIŃSKI, projektodawca ograniczenia każdego odczytu do minut 20, i w pięknej, 5 kwadransy trwającej mowie zakomunikował wyniki licznych swych spostrzeżeń, dotyczących wyluszczenia wola sposobem SOCIN'a. OBALIŃSKI rozporządza ogromnym materyjałem odnośnym i dla tego wszyscy ze zdwojoną uwagą słów jego słuchali. Dzielny ten chirurg doszedł do wniosku, że strumektomija Socin'a daje mu najlepsze i najpewniejsze wyniki [na 50-ciu operowanych, 2-óch tylko umarło]. Zajmująca praca OBALIŃSKIEGO będzie pewnie *in extenso* drukowaną w „Sprawozdaniach Zjazdu”. Z kolei mówił D-r WEHR [ze Lwowa]: O zasadach udzielania pierwszej pomocy rannym podczas wojny. Odczyt ten wywołał dość żywą dyskusyję [SCHRAM, SEYFERT, MIDOWICZ, CZAPLICKI, STANKIEWICZ, OBALIŃSKI, BOGDANIK, STEJERMARK].

Wszystkich uczestników zjazdu zaprosił do siebie na obiad prof. RYDYGIER. Nazajutrz już o 8½ zaczęto zwiedzać klinikę i szpitalny oddział chirurgiczny profesora OBALIŃSKIEGO. Zdumieni byliśmy kohortami chorych, którym wykonano artrektomije. Wogóle materyjał duży, z którego dzielnie i umiejętnie korzysta OBALIŃSKI. Około 10-tej posiedzenie w sali kliniki chirurgicznej rozpoczął prof. CYBUŁSKI wykładem p. t.: „Badania doświadczalne nad uciskiem mózgu”. Doświadczenia, wykonane na psie, wybornie ilustrowały mowę prele-

genta. Już to talent wykładu ma CYBULSKI niezwykle; prostotą słów, obiektywnością poglądów, chłodną krytyką cudzych i własnych wniosków przekonywa, inteligentnym układem przedmiotu rozjaśnia go, a wysoką wartością myśli swych porywa słuchaczy, panując ciągle nad uwagą całego audytorium. Teoryja BERGMANN'a znalazła w pracy prof. CYBULSKIEGO znakomitą obronę i podporę. Prof. BROWICZ, demonstrując niezmiennie liczne i bardzo piękne preparaty, wykladał o zmianach chorobowych w migdale trzecim (*tonsilla tertia*). D-r BOGDANIK [z Białej] mówił o materyjale, używanym do szwów i podwiązek, a D-r STEJERMARK [asystent prof. RYDYGIERA] pokazywał na królikach i psach wyniki swych badań doświadczalnych nad zachowaniem się ciał obcych w ranach, szczególnie w ranach postrzałowych. Zdarzało się wprawdzie temu badaczowi, że wata, napojona hodowlą *staphylococcus pyogenes*, wgajała się w ciało królika — tak jak FRAENKEL powiada; ale u psów doświadczenie to dawało zawsze rezultat inny. Króliki tylko tak odporne są przeciw działaniu drobnoustrojów, ropienie wywołujących. Oklaskiwano młodego badacza, który dalszy szereg doświadczeń nad tym przedmiotem zapowiedział. WEHR opisywał ciekawy przypadek zranienia postrzałem tętnicy szyjowej, oraz przedstawił chorego, któremu przed 6-ciu laty wypiłował staw biodrowy z powodu rany także postrzałowej. D-r SCHRAM [ze Lwowa] pokazywał preparat zranienia żyły i tętnicy podkolanowej. D-r BARĄCZ [ze Lwowa] przedstawił szereg preparatów i paru chorych, którym wycięcie jelita wykonał [*herniae gangraenosae*, nowotwór wywołujący wpochwienie i t. d.]. Dalej przemawiał D-r HEMPEL [z Krakowa] o raku żołądka. D-r HEMPEL zaobserwował, że w większej części przypadków ograniczonego raka żołądka istnieją już liczne rozrzucone drobnowidzowe ogniska nowotworu w ścianach tego organu. D-r ROŚCISZEWSKI [asystent RYDYGIERA] przedstawiał chorych, którym prof. RYDYGIER wykonał podwiązanie tętnic tarczowych dla wyleczenia wola. Guzy się pozmniejszały o 3 do 5 ctm. w obwodzie i to już w ciągu pierwszych kilku tygodni po operacji. Objawy groźne ustępują bardzo szybko dzięki temu rękoczynowi, ale w dalszym przebiegu odżywianie guza wyrównywa się i już znacznieszego zmniejszenia nie widać. RYDYGIER przedstawił też chorą, której z powodu krwawiących fibromyomatów macicy podwiązał przy laparatomii tętnice maciczne i nasienne wewnętrzne. Krwawienia odtąd zupełnie ustały, a po 4 miesiącach guz zmniejszył się o $\frac{3}{4}$ swej wielkości. Asystent RYDYGIERA, docent BOSSOWSKI, pokazuje chorą, której z powodu wypadnięcia macicy wykonano niedawno przyszczenie tej ostatniej do ściany brzusznej. W tem miejscu JASIŃSKI odczytał nadesłaną pracę MATLAKOWSKIEGO o przytwierdzaniu macicy do ściany brzusznej za pomocą transplantacji więzów obłych. Łatwość wykonania, dowcipny pomysł, oraz jasny i treściwy opis jego metody, bardzo się podobały słuchaczom. Prof. PIENIAŻEK demonstrował wierniki swego pomysłu, przeznaczone do badania dróg oddechowych przez ranę tracheotomijną — przyrządy proste i dobre, wybornie celowi odpowiadają, jak o tem mogliśmy się przekonać na chorym. D-r GABRYSZEWSKI przedstawił chorego, któremu RYDYGIER wykonał operację WŁADIMIROW-MIKULICZA dla przedłużenia kończyny skróconej przez klinowe wypiłowanie ankilozowanego kolana.

Od 1-ej do 2-ej przerwa, a potem znowu zasiadamy w pięknej gotyckiej auli, aby słuchać SCHRAMA, mówiącego o śródtrzewnowem obrażeniu pęcherza moczowego i LANGIEGO [asystenta RYDYGIERA] o pierwotnym wilku krtani (*exstirpatio laryngis, diagnosis post operationem, sanatio*). D-r ZIEMBICKI [ze Lwowa] mówi o przetokach odbytnicowo-cewkowych, a SCHRAM w interesującym odczycie uczy; jak postępować przy gruźlicy stawów u dzieci. Zaleca hamowanie się w zapędach operacyjnych, szczególnie gdy o staw biodrowy chodzi. Przy zajęciach kolana radzi wczesną artrektomię. Po nim JASIŃSKI, popierając wniosek SCHRAMA, komunikuje doskonałe wyniki, otrzymywane przezeń przy lecze-

niu gruźlicy kości, stawów i skóry, za pomocą balsamu peruwiańskiego czystego, oraz przy leczeniu ropni opadowych i zimnych wstrzykiwaniami jodoformu z gliceryną. Obaj okazują się przeciwnikami KOLISCHER'owskich iniekcji. D-r BOGDANIK [z Białej] opisuje wycięcie odbytnicy przy wypadnięciu tejże, a STANKIEWICZ [z Warszawy] komunikuje wyniki dodatnie, jakie otrzymywał, lecząc złamania rzepki za pomocą szwu kostnego.

D-r ZIELEWICZ [z Poznania] nadzwyczaj pesymistycznie zapatruje się na rokowanie po operacjach raka i opowiada o przypadku, w którym część nowotworu wargi zniszczył galwanokauterem w celu ułatwienia jedzenia. Żywa nastąpiła dyskusja, w której przyjmowali udział: WEHR, SCHRAM, RYDYGIER, OBALIŃSKI, DĘBOWSKI i inni.

D-r SOLMAN [z Warszawy] opisał bardzo ciekawy przypadek, stanowiący przyczynek do kazuistyki torbieli krezki.

Na zakończenie wszyscy obecni wyrazili przez powstanie z miejsc wdzięczność swą dla prof. RYDYGIERA i dla biura zjazdu za ich starania i prace, a RYDYGIER zapowiedział, że drugi zjazd chirurgów w Krakowie odbędzie się w roku przyszłym 1890 w drugiej połowie Lipca i trwać będzie nie dwa, lecz trzy dni; z żalem bowiem zmuszeni byliśmy z powodu braku czasu zaniechać wysłuchania wielu jeszcze odczytów bardzo zajmującej treści, które na liście prac zapowiedzianych figurowały.

Z niecierpliwością oczekujemy ukończenia druku „sprawozdań zjazdu” i stenografowanych streszczeń dyskusyj. Prace pomieszczone w tej broszurze, będą też, stosownie do woli autorów, drukowane w różnych pismach lekarskich.

NEKROLOGIA.

W połowie b. m. w Paryżu poniesiono do grobu zwłoki dziekana syfilidologów francuzkich, FILIPA RICORD'a, męża wiedzy rozległej, doświadczenia niepospolitego, badacza niestrudzonego, a pisarza płodnego i wykwiutnego. Zbytecznem byłoby rozwodzić się tu nad jego znaczeniem naukowem i zasługami; gdyż powszechnie znana jest rzeczą, że zmarły, przez wiele dziesiątków lat, za pierwszą powagę w swej specjalności, nie tylko we Francji, lecz w całej Europie, słusznie uchodził. Dlatego też ograniczamy się tu jedynie na podaniu krótkiego życiorysu jego.

Ricord urodził się d. 10 Grudnia r. 1800 w Baltimore [St. Zjed. Ameryki półn.] z rodziców francuzów, czasowo tam zamieszkających; w r. 1820 zapisał się w Paryżu na wydział lekarski, który r. 1826 chlubnie ukończył. Brak środków materyjalnych zmusił go do opuszczenia stolicy i szukania chleba na prowincyi. Praktykował więc przez lat dwa w Olivet pod Orleanem i w Crouy-sur-Ourcq; w roku zaś 1828 powrócił znów do Paryża, i przez konkurs został chirurgiem w Bureau central. Walecząc wciąż z niedostatkami, pracował niezmordowanie dalej; nareszcie w r. 1831 otrzymał stanowisko chirurga naczelnego w szpitalu du Midi, na którym do roku 1860 pozostając, dobił się sławy i majątku. W r. 1850 został członkiem Akademii lekarskiej, w r. 1852 lekarzem nadwornym, a w 1869 chirurgiem-konsultantem Napoleona III; oprócz tego do śmierci piastował godność chirurga honorowego szpitala du Midi i wiceprezesa stowarzyszenia lekarzy francuzkich (*Association des médecins de France*). Podczas wojny francuzko-pruskiej, pomimo już podeszłego wieku, pełnił gorliwie w obłożonym Paryżu obowiązki prezesa szpitali wojskowych. Przed dwoma miesiącami jeszcze przewodniczył kongresowi międzynarodowemu syfilidologów w Paryżu. Z licznych dzieł jego wymieniamy tu tylko: *Monographie du chancre* [Paryż 1837], *Traité des maladies vénériennes* [tamże 1838 i 1863 z wspianiałym atlasem], oraz słynne: *Lettres sur la syphilis* [tamże 1851, tłómaczone na język nasz przez B. ROZENBLUMA, Warszawa 1853].

D-r J. Peszke.

OD WYDAWCY.

PP. Prenumeratorów zalegających z opłatą prenumeraty uprasza się o rychłe uregulowanie rachunków.

Wydawca D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny D-r Wł. Gajkiewicz.

Дозволено Цензурою. Варшава, 20 Октября 1889 г.

Друк K. Kowalewskiego, Królewska Nr. 29.