

# GAZETA LEKARSKA

## I. DZIAŁALNOŚĆ NAUCZYCIELSKA i NAUKOWA I. DZIAŁALNOŚĆ NAUCZYCIELSKA i NAUKOWA

PROF. J. KOSIŃSKIEGO.

nie-  
go jubileuszu lekarskiego prof. KOSIŃSKIEGO 30-go czerwca r. b.

przez

**Dra med. Fr. Kijewskiego.**

50 lat życia, poświęconych na usługi swójego społeczeństwa w pracy ciężkiej, znoej, odpowiedzialnej, wymagającej nie tylko wysiłków umysłowych, ale nawet fizycznych, jest to bezsprzecznie bardzo długi okres, i dlatego też rzadko kto może go doczekać, a wielu ustępuje z placówki, gdyż im siły odmawiają posłuszeństwa.

Dr med. JUL. KOSIŃSKI, zasłużony profesor Uniwersytetu Warszawskiego, obchodzi właśnie ten rzadki jubileusz, gdyż w r. b. upłynęło 50 lat od czasu rozpoczęcia Jego karyery lekarskiej.

Kosiński po ukończeniu studyów lekarskich w 1858 r. w Petersburgu już na początku r. 1859 obejmuje obowiązki młodszego ordynatora szpitala Ujazdowskiego w Warszawie; w tymże roku 23-go sierpnia *Collegium Medicum in Regno Poloniae* przyznaje mu stopień doktora medycyny, a w 1862 r. Cesarstwo-Królewska Akademia medyko-chirurgiczna mianuje go prosektorem przy katedrze anatomii opisowej, na którem to stanowisku K. oddaje się studjom anatomicznym, jako przygotowawczym do chirurgii.

W r. 1866 Kosiński porzuca kraj i szuka światła u obcych. W ciągu dwóch lat widzimy go na rozmaitych klinikach europejskich, w pracowniach głośnych wtedy profesorów, gdzie pilnie studjuje teoretyczną i praktyczną chirurgię, pogłębia swoją wiedzę anatomo-patologiczną, zaznajamia się z badaniami laryngologicznymi i t. p.

Po powrocie do Warszawy Kosiński otrzymuje w ówczesnej Szkole Głównej katedrę chirurgii operacyjnej, po przemianowaniu zaś Szkoły na Uniwersytet powołany został do prowadzenia kliniki chirurgicznej, początkowo szpitalnej, a po upływie kilku lat wydziałowej, na której, pozostawał aż do r. 1899, t. j. do chwili swojego ustąpienia, po 35-u latach pedagogicznej działalności.

W r. 1877 mianowano go profesorem zwyczajnym, a w 1897 r. przyznano mu tytuł zasłużonego profesora Uniwersytetu Warszawskiego.

Po ustąpieniu z katedry uniwersyteckiej Kosiński nie porzuca zajęć lekarskich, ale aż do chwili obecnej śpieszy chętnie z pomocą chorym, o ile mu siły pozwalają na to.

Taka to krótka historia tego długiego, a tak pracowitego żywota! Przed 9-u laty w 1899 r. skreśliłem sylwetkę profesora Kosińskiego; nie będę tu powtarzał rzeczy znanych, lecz postaram się zatrzymać nad tem, w jakich to warunkach rozpoczynał swoją karierę naukową Kosiński i jakie wyniki przyniosła jego działalność nauczycielska i naukowa.

Historia tego okresu jest poniekąd u nas historią rozwoju chirurgii polskiej. Jeżeli mówić będziemy o szkole chirurgów polskich, to nieodłączne jest tu nazwisko Kosińskiego, każdy niemal ważniejszy fakt w rozwoju chirurgii związany jest z nim, stąd też K. zajmuje przodujące miejsce pośród chirurgów polskich.

Kosiński zaczął nauczać młodź lekarską polską w tym czasie, kiedy w chirurgii następował przełom, nader ważny w swoich skutkach. Prace LISTER'a wywołały to nadzwyczajny przewrót w metodzie opatrywania ran i doprowadziły do wyników w dziedzinie operowania wprost zdumiewających; od tego epokowego okresu zaczyna się tryumfalny pochód chirurgii. Przeszczeranie na grunt rodzimy tych metod opatrywania, a co zatem idzie całego szeregu nowych operacji, głównie przypadło w udziale prof. Kosińskiemu.

Chirurgia nasza z czasów przedantyseptycznych niewiele przedstawiała danych, któreby zaciążyć mogły na szali postępu naszej nauki. W tych czasach w Krakowie na Wszechnicy Jagiellońskiej prowadził wykłady chirurgii operacyjnej i klinikę chirurgiczną prof. BRYK, a w Warszawie naprzód w Medyko-chirurgicznej Akademii, a od 1862 r. w Szkole Głównej prof. LE BRUN. Oprócz nich spotykamy się z całym szeregiem lekarzy uprawiających chirurgię—KOEHLER'em, GROEREM, MINKIEWICZEM, JAKUBOWSKIM i innymi, po których w piśmiennictwie naszym pozostały ślady w postaci sprawozdań z czynności ich szpitali, opisów pojedynczych spostrzeżeń, bądź to metod operowania, bądź też sposobów opatrywania.

Mieliśmy wtedy nawet niektóre podręczniki chirurgiczne. Tak np. KARWOWSKI wydał „Rys chirurgii wojennej”—Warszawa 1862, JAKUBOWSKI napisał „Lekcyje o ranach postrzałowych“ [Tygodnik Lekarski 1863 i 1864], WSZEBOR, KWAŚNIECKI i STANKIEWICZ wydali „Chirurgię operacyjną“ z przedmową LE BRUN'a w 1868 r., GIESZTOWT rozpoczął „Chirurgię ogólną i szczegółową“ w 1870 r.

Niezbyt pokaźnie to jednak wszystko wygląda w porównaniu z pracami chirurgów niemieckich, francuskich lub angielskich. Nie mieliśmy pośród siebie tak potężnych chirurgów jak na Zachodzie, na około których grupowały się również dzielne i energiczne jednostki, brakowało nam dostatecznie wyszkolonych ludzi, aby sami mogli utworzyć polską szkołę chirurgiczną. Prace nasze ówczesne wskazują, że zapał do nauki był, rwaliśmy się do lotu, lecz sił nam brakło. Niestety, jakim ustawicznie podlegał rozszarpany kraj nasz, burze, jakie szalały u nas i zabierały tysiące dzielnej młodzi, nie pozwalały na systematyczny rozwój nauk. Tam, gdzieśmy musieli walczyć o możliwość oddychania, nikt nie myślał o rozwoju chirurgii naszej.

Początek ery antyseptycznej zastaje u nas w Warszawie na katedrach chirurgii LE BRUN'a, KORZENIOWSKIEGO, GIRSZTOWTA i KOSIŃSKIEGO, a w Krakowie BRYKA.

LE BRUN, jeden ze zdolniejszych chirurgów polskich swojego czasu, który od r. 1860—1868 prowadził klinikę chirurgiczną i katedrę chirurgii operacyjnej, nie brał już udziału w wielkiej reformie opatrywania ran, nie mógł też przekazać swoim uczniom tych wielkich idei LISTER'a, które na krótko przed śmiercią LE BRUN'a poznał świat lekarski.

KORZENIOWSKI HIPOLIT od czasu utworzenia kliniki chirurgicznej został ad junktem LE BRUN'a i wykładał desmurgię oraz chirurgię operacyjną. Po śmierci zaś LE BRUN'a objął kierownictwo kliniki i na katedrze tej pozostał przy przemianie Szkoły Głównej na Uniwersytet.

KORZENIOWSKI w 1871 r. opuścił Warszawę i od tego czasu wpływ jego na chirurgię polską ustaje. Krótko prowadził klinikę samodzielnie, pokazał jednak młodzieży, jak się mistrzowsko nożem władać powinno, przekonał pamięci szereg pięknych operacji, nie wpoił jednak w uczniów swoich czystości przy operowaniu i opatrywaniu ran, nie umiał przeprowadzić tego, co już na Zachodzie było w biegu. W prawdzie, jak o tem świadczą jego uczniowie, mówiło się na klinice o czystości, o antyseptyce, ale opatrywało się chorych nad wyraz nieporządnie.

W tym czasie w Szkole Głównej GIRSZTOWT wykładał chirurgię teoretyczną, dopełniając swoje wykłady demonstracyami w szpitalu Ujazdowskim i Ewangelickim. Wykłady GIRSZTOWTA były świetne, wypowiedziane z brawurą, budziły zajęcie w słuchaczach, gdyż uwzględniały wszystko, co było nowego w omawianej sprawie.

Jeżeli w wykładach swoich GIRSZTOWT celował, to jako chirurg-wykonawca nie odznaczał się ani wybitną techniką, ani czystością i starannością w opatrywaniu ran. GIRSZTOWT był jednym z najruchliwszych na owe czasy chirurgów polskich, w piśmiennictwie też naszym odegrał niepoślednią rolę; w r. 1866 założył „Gazetę Lekarską”, a w rok później rozpoczął wydawnictwo „Biblioteki umiejętności lekarskich”. GIRSZTOWT nie tylko sam wiele pisał, ale umiał innych zachęcić do pióra, był to „*spiritus movens*” dla polskiego piśmiennictwa lekarskiego.

W r. 1868 wydział lekarski Szkoły Głównej uznał potrzebę powiększenia kliniki chirurgicznej i uchwalił utworzenie drugiej kliniki, którą

też otworzono dla studentów V kursu 22-go września 1868 r. w szpitalu Dzieciątka Jezus. Klinikę tę miał prowadzić Girsztowt, który rozpoczął wykład kliniczny prelekcją „O naucezaniu klinicznym chirurgii“.

Z początkiem r. 1869 w Warszawskiej Szkole Głównej katedrę chirurgii operacyjnej objął Kosiński, który 3-go lutego 1869 r. miał prelekcję wstępną. Kosiński wtedy zaznaczył, że jednocześnie przyjął na siebie wykłady części patologii chirurgicznej po porozumieniu się z Girsztowtem, dla którego wykłady teorii z powodu urządzenia drugiej kliniki chirurgicznej stały się zbyt uciążliwymi.

W r. 1869 Szkołę Główną przekształcono na Uniwersytet i 8-go lipca 1869 r. mianowano Kosińskiego profesorem nadzwyczajnym i poruczono mu klinikę chirurgiczną w szpitalu Dzieciątka Jezus, a Korzeniowskiemu powierzono prowadzenie kliniki chirurgicznej w szpitalu Św. Ducha.

Tym sposobem w Warszawie mieliśmy jednocześnie na katedrach chirurgicznych trzech dzielnych chirurgów: Korzeniowskiego, Girsztowta i Kosińskiego, którzy bezsprzecznie u nas pierwsi kładli podwaliny polskiej szkoły chirurgicznej. Z pomiędzy tych trzech założycieli polskiej szkoły chirurgicznej Korzeniowski sam się usunął, poszedł służyć obcym, nad Nawa, żywot Girsztowta zbrodnicza ręka przecięła, a pozostał tylko Kosiński, który prowadził nauczanie z całym zapałem młodości i zaparciem się siebie.

Brak, aczkolwiek uczył chirurgii na wszechnicy polskiej w Krakowie, jednak w utworzeniu szkoły polskiej brał bardzo mały udział. W przeciągu dwudziestu z górą lat zajmował katedrę chirurgii i w ciągu tego, tak długiego okresu nie myślał nawet o wzbogaceniu piśmiennictwa naszego swojemi pracami, pozostawił ich 9 i to przeważnie w języku niemieckim. Klinika zaś jego, mieszcząca się w dawniejszej pracowni anatomo-patologicznej, była pozbawiona najelementarniejszych potrzeb i raczej służyła za przykład, jakim oddziały chirurgiczne być nie powinny.

Taki był stan rzeczy w grubych zarysach w głównych naszych ogniskach nauki. W miastach prowincjonalnych mieliśmy szpitale, w których chirurgia była uprawiana niekiedy z wielkiem powodzeniem, lecz jeżeli w wielkich miastach kliniki i oddziały przedstawiały wiele do życzenia, to cóż mówić o partykularzu. Wszędzie były braki, wszędzie nieporządki i niedbalstwo, których zgubne skutki największe starania lekarzy nie mogły zwalczyć. Nie wszyscy mieli odwagę głośno mówić o tych bolączkach, jak to uczynił Wygrzywalski, który pierwszy u nas w piśmie zaczął szerzyć podstawy antyseptyki i opatrunku Lister'a, i który szpital w Piotrkowie, gdzie ordynował, nazywa „wzorowo nieporządnym i idealnie brudnym“.

Jeżeli teraz jeszcze po 40-u latach, kiedy to już czystość u chirurga wsiąkła w krew, kiedy młodź lekarska chirurgiczna wychowana na innych ideałach, kiedy już całe otoczenie chirurgów w szpitalach nagięło się do tych nowych kierunków, teraz jeszcze spotykamy się nieraz z rzeczami, które za-

dają gwałt naszemu sumieniu, to cóż dźiać się musiało w czasach przedantyseptycznych.

Sprawozdania z ruchu operacyi wykazują, że wykonywano zabiegi poważne, niekiedy z dodatnim wynikiem, lecz leczenie chorych operowanych przedstawiało wiele braków, mocno szwankowało. Ropnica, posocznica, zgorzel szpitalna, a szczególnie róża wszechwładnie panowały na oddziałach chirurgicznych i śmierć zbierała obfity plon.

Kosiński dobrze rozumiał braki i wady współczesnego lecznictwa chorych chirurgicznych u nas. Wycieczka za granicę, a szczególnie pobyt w Anglii przekonał go dostatecznie, że przy opatrywaniu ran, oprócz środków antyseptycznych, podstawowe znaczenie ma czystość. Po powrocie też do kraju K. zaczął reformę w szpitalu Ujazdowskim, w którym wtedy prowadził oddział chirurgiczny, obejmujący z górą 100 łózek. Na tym to olbrzymim materiale, gdzie dziennie musiał robić po kilkadziesiąt opatrunków, wypróbował działanie kwasu karbolowego. 17-go listopada 1868 r. na posiedzeniu Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego, Kosiński zdawał sprawę o skuteczności karbolu, stosowanego w celu opatrywania ran; wyniki miał nader pomyślne, gdyż ani jednego przypadku powikłania rany różą, gangreną szpitalną lub pyemią.

Ten komunikat Kosińskiego był hasłem do wystąpienia całego szeregu chirurgów. Jakoż w sprawie działania kwasu karbolowego zabrali głos: Korzeniowski, Girsztowt, Benni, Orłowski i inni.

Kosiński znakomicie pojmował doniosłość pooperacyjnego leczenia i znaczenie jego na zejście samego zabiegu. W 1869 r. przy objęciu katedry wyraził zdanie, że współczesny chirurg nie może powiedzieć zrobiłem ci operacyę, niech cię Bóg leczy, lecz zrobiłem ci operacyę, a teraz będę cię leczył. Zasadę tę starał się przeprowadzić zawsze w swoim życiu.

Obejmując klinikę chirurgiczną, Kosiński dobrze był przygotowany do prowadzenia wykładów. Gruntowne studia nad anatomią opisową, anatomią patologiczną, dokładne obznajmienie się z ówczesną metodyką badania dawały mu wielką przewagę nad współczesnymi chirurgami polskimi, a jeśli do tego dodamy dar obserwacyi, nadzwyczajną drobiazgowość w badaniu, krytycyzm wysoki wszystkich szczegółów, jakie znajdował u chorego, nader troskliwe, umiejętne i łagodne obchodzenie się z chorym, to Kosiński bezsprzecznie posiadał wszelkie dane na wybornego klinicystę, co przyszłość w zupełności potwierdziła.

Żywem słowem i czynem starał się wpoić w swoich słuchaczy tę zasadę, że, aby być dobrym chirurgiem, nie dosyć jest umieć operować, że chirurgia to nie jest tylko sztuka, ale chirurg winien na równi z internistą dobrze zdawać sobie sprawę ze wszystkich zmian, jakie zachodzą w ustroju chorego, i dopiero na zasadzie tych wszystkich danych wyprowadzać wskazania do zabiegów operacyjnych. Znajomość dokładna medycyny wewnętrznej jest obowiązkiem każdego chirurga, a umiejętność operowania jest to jego *plus*.

Kosiński jako wychowaniec szkoły przedantyseptycznej, która za zasadę stawiała szybkość i wirtuozostwo w wykonaniu zabiegu, sam był głęboko przejęty temi zasadami, władał też nożem wspaniale, operował świetnie, szybko, bez szarpania, bez niepotrzebnego dotykania rany, a przedewszystkiem czysto. Wobec zdobyczy antyseptyki to wirtuozostwo wykonania musiało zejść na plan drugi, ale jednak uczniowie Kosińskiego musieli przejąć się pięknością wykonania zabiegu i, mając przed oczami ciągle przykład profesora, sami starali się wykonywać operacje nie tylko dobrze, ale i z zachowaniem strony estetycznej.

Te osobiste przymioty Kosińskiego zjednały mu w krótkim czasie licznych wielbicieli. Młodzież tłumnie uczęszczała na jego wykłady, a audytorium było szczerze przepełnione widzami, którzy chcieli przypatrzeć się pięknie wykonanej operacji. Naokoło Kosińskiego widzimy już nie jednostki, ale zwarty szereg młodych chirurgów, którzy z zapałem oddawali się nauce, z entuzjazmem starali się wprowadzać w czyn metodę antyseptyczną. Kosiński sam rzetelnie pracował, i swoim przykładem zachęcał do tej ciężkiej pracy młodych kolegów. Klinika jego wrzała życiem, znać było wielki rozmach, do którego wszystko się dostosowywało.

Wprowadzenie przeciwnilnego opatrywania ran u nas nie poszło zbyt łatwo, trwało ono długi przeciąg czasu i nie mogło sobie wywalczyć od razu palmy pierwszeństwa. Lekarze nasi niezbyt dobrze rozumieli podstawy, na jakich się opierało owo postępowanie, próbowali częstokroć zastosowania jednego ze środków antyseptycznych, ale skutkiem niepowodzeń zrażali się, nie badając przyczyny tych niepowodzeń, szukali innych dróg, wrzekomo lepszych, zapomocą których mieli nadzieję osiągnąć wyniki świetniejsze. Oprawa LISTER'a przez długi przeciąg czasu mało miała zwolenników. Jeszcze w roku 1882 Jasiński w swoich „Listach o opatrywaniu ran” na wstępie powiada, że nasze do dziś dnia mniej lub więcej publiczne powątpiewania, ironie i satyry o metodzie LISTER'a, głoszone ustami ludzi, którzy z szarpiną rozstać się nie mogą, są tylko smutnymi objawami zacofania i konserwatyizmu, niczem nieusprawiedliwionego. Więcej zaś takich jest u nas, którzy wprawdzie ustnie do zwolenników LISTER'a należą, czynami jednak na każdym kroku dowodzą, że z całej metody znają dokładnie tylko nazwisko jej autora.

Zadanie też Kosińskiego nad wyraz było ciężkie. Nie tylko z katedry musiał głosić podstawy antyseptyki, lecz na chorych klinicznych pokazywać zdumiewające wyniki, otrzymywane przy stosowaniu oprawy LISTER'a. Wszystko też, co tylko dotyczyło omawianej metody, znajdowało zastosowanie na klinice. Uczniowie mogli zaznajamiać się ze spray'em, z użyciem do opatrunków jodoformu, naftaliiny, sublimatu, a prócz tego z zastosowaniem waty drzewnej, wiórków, juty i t. d. Dążność do uproszczenia oprawy przeciwnilnej znalazła również oddźwięk u Kosińskiego, widzimy tam gojenie się ran pod strupem wilgotnym według metody SCHEDE'go, bez sączków według wskázówek NEUBER'a i t. p.

Ten okres działalności KOSIŃSKIEGO jest niedostatecznie oceniany przez współczesnych lekarzy, a przyczyny szukać należy w tem, że z okresu tego mało bardzo pozostało prac, wskazujących na udział kliniki w wielkiej reformie opatrywania. KOSIŃSKI nie przeprowadzał badań samoistnych nad wpływem rozmaitych antyseptyków, sam nie pisał sprawozdań, ani też współpracownicy nie brali się do tego; nie też o tem nie wiemy, jakie koleje przechodziła oprawa LISTER'a na klinice, nie wiemy nawet, jakie operacye i z jakim zejściem pod ochroną metody przeciwnilnej były wykonywane.

Corocznie KOSIŃSKI składał do fakultetu wykazy o ruchu na klinice, i tam znajdziemy odpowiedź na powyższe pytania, lecz wykazy te w krótkości były drukowane wyłącznie w języku oficjalnym i w specjalnym uniwersyteckim organie, a stąd też dla szerszego ogółu nie miały znaczenia, co dawało niektórym pole do przypuszczeń, że u nas wielkich operacyi nie dokoonywano. Wręcz przeciwnie postępowali lekarze krakowscy, jak to widzimy ze sprawozdań KLUCZENKI, WISZNIEWSKIEGO, RADKA, OBALIŃSKIEGO, którzy skrzętnie notowali i szerszemu ogółu oddawali wyniki stosowania oprawy LISTER'a. Prawdziwą zaś przysługę w szerzeniu wiadomości o przeciwnilnem opatrywaniu ran, okazały prace JASIŃSKIEGO i MATLAKOWSKIEGO, a następnie RYDYGIERA, MIKULICZA i SCHRAMMA.

W szybkim bardzo czasie po objęciu kliniki, KOSIŃSKI zaczął wykonywać wielkie operacye. Już w sprawozdaniu z roku szkolnego 1871—1872 spotykamy liczby godne uwagi. Na 407 chorych wyzdrowiało 349, zejść zaś śmiertelnych było 24. Wielkich operacyi wykonano 80, a mniejszych 120. Do większych operacyi zaliczono: rezekcyę szczęk, łokcia, ramienia, amputacyę LISFRANC'a na obu kończynach u jednej i tej samej chorej, 2 herniotomie, 1 cystotomie i 1 owariotomie, co na owe czasy było u nas wielką rzadkością. Jeżeli weźmiemy pod uwagę, że klinika ówczesna nie posiadała żadnych urządzeń specjalnych i miała *minimum* narzędzi, to łatwo zrozumiemy, jakie ciężkie miał zadanie KOSIŃSKI przy wykonywaniu większych zabiegów chirurgicznych. Według urzędowych wykazów, majątek kliniki na początku roku szkolnego 1871 obejmował 31 (!) przedmiotów, wartości 367 rb. 50 kop. Pod koniec roku KOSIŃSKI powiększył liczbę przedmiotów do 68, wartości 693 rb. 50 kop. Niechaj cyfry te zapamiętają młodszy nasi koledzy, którzy już przyzwyczaili się do mniej lub więcej wspaniałych urządzeń i bogatego instrumentarium.

Władze odnośne uniwersyteckie nie były zbyt hojne w wydawaniu sum na utrzymanie kliniki; obliczono *minimum*, którego przekroczenie było często przyczyną nieprzyjemności, zwiększająca się zaś liczba chorych i wielkość operacyi pociągała za sobą znaczne zwiększenie wydatków. Na klinice też instrumenty chirurgiczne, środki opatrunkowe, mikroskopy, aparaty, a nawet stoły, służące do operacyi i narzędzi były kupowane za prywatne pieniądze, po większej części płynące z kieszeni KOSIŃSKIEGO. Przy obejmowaniu przeze mnie, niżej podpisanego, obowiązków starszego ordynatora kliniki, mieliśmy ta-

kich rachunków na sumę 3000 rub., które jednak stopniowo uregulowaliśmy. A nie był to wyjątek: podobna gospodarka była prowadzona i przy moich poprzednikach. Jeżeli teraz weźmiemy pod uwagę ten długi okres czasu prowadzenia kliniki przez Kosińskiego, to łatwo wywnioskujemy, jakie sumy dotkowe szły na wypełnienie niedoborów.

Ten ustawiczny brak środków materialnych był przyczyną, że Kosiński pomimo woli nie mógł u siebie urządzić pracowni naukowej i musiał posiłkować się uczynnością innych pracowni.

Po objęciu kliniki w szpitalu Św. Ducha po śmierci Girsztowta 1877 r., warunki pracy cokolwiek się poprawiły, ale jeszcze bardzo były dalekie od tego, do czego dążył Kosiński. Po wielu latach kołatania, Uniwersytet wreszcie zgodził się na urządzenie oddzielnego budynku operacyjnego, ale jak ten budynek został urządzony, dosyć będzie powiedzieć, że go wybudowano za połowę ceny, wyznaczonej przez urzędowego budowniczego.

Pierwsza to u nas klinika Kosińskiego miała dwie sale, zupełnie oddzielne, do wykonywania ropnych i czystych operacji. Urządzenie tych sal, chociaż przedstawiało wiele do życzenia, w każdym razie ułatwiała zadanie profesorowi i wpływało bezsprzecznie na lepsze wyniki pooperacyjne.

Przeprowadzenie aseptyki na klinice odbywało się z wolna, systematycznie i nie przedstawiało już tak wielkich kłopotów. Otoczenie całe dobrze wyszkolone, świadome celu kroczyło zgodnie z profesorem, a nawet często pod wpływem prac obcych stawiało większe jeszcze wymagania.

Jeżeli Kosiński przy rozpoczęciu swojej kariery klinicznej wykonywał po 80 większych operacji rocznie, to pod koniec jej liczba rocznych operacji dosięgała 400, w której laparotomii było kilkadziesiąt. Wszystkie wielkie operacje, zapoczątkowane przez znakomitych chirurgów, szybko były wprowadzane do nas przez Kosińskiego.

W r. 1877 wycina krtań skutkiem raka; jest to pierwsza tego rodzaju operacja u nas w kraju, a 10-a w Europie; w r. 1884 wykonywa on pierwszą u nas nefrektomię i do 1893 przedstawia operowanych przez siebie takich 15 przypadków; od r. 1885 do 1893 wykonał 31 rezekcji kiszek, a 1894 do 1897—cztery pneumotomie, w 1896 i 1897 wyciął w dwu przypadkach śledzionę. Kosiński pierwszy u nas wykonał cholecystectomię, a w roku 1898 usunął guz mózgu w okolicy brzozy Rolanda. Liczba laparotomii przez Kosińskiego tak szybko się powiększyła, że w 1894 r. na XI Zjeździe międzynarodowym w Rzymie wystąpił z odczytem: „400 laparotomii, wykonanych na klinice w Warszawie“.

Wszystko, co tylko nowego było w chirurgii, znajdowało oddźwięk u Kosińskiego, wszystkim się interesował, krytycznie rozważał i dopiero po gruntownem rozpatrzeniu sprawy sąd swój wydawał. Dzięki mrówczej pracy, staranności i zapobiegliwości w drugiej połowie kariery nauczycielskiej Kosińskiego, klinika jego przedstawiała nader bogaty materiał, młodzież miała możność studyowania różnorodnych cierpień ciężkich, zaznajamiania



się z rozpoznaniem ich i techniką operacyjną, podziwiania wspaniałych wielkich operacji i wspaniałych również wyników pooperacyjnych.

Klinika KOSIŃSKIEGO kształciła dobrze młodzież lekarską i przygotowała szereg chirurgów, którzy wyszkoleni przez KOSIŃSKIEGO, samodzielnie zaczęli prowadzić oddziały chirurgiczne, a za przykładem profesora gromadzić naokoło siebie młodszych kolegów i dalej prowadzić sprawę nauczania. Tym sposobem zapoczątkowana u nas szkoła polskich chirurgów przez KOSIŃSKIEGO nie zgasła, lecz szeroko się rozwinęła z prawdziwym pożytkiem dla kraju. Kilku z uczniów KOSIŃSKIEGO nie przeżyło swego mistrza, legli w mogile przedwcześnie ku olbrzymiej stracie dla naszej chirurgii.

KOSIŃSKI nie mógł utorować w Warszawie żadnemu ze swoich uczniów drogi do katedry Uniwersyteckiej. Stosunki ówczesne tak się ułożyły, że uważał to za rzecz niemożliwą do osiągnięcia, nie zachęcał też współpracowników do prób w tym kierunku. Może miał słuszość pod pewnym względem, ale zdaniem mojem, powinniśmy zadokumentować swoją gotowość, aby przy okazji nie zarzucono nam, że nie mamy ludzi, przygotowanych odpowiednio, jak to miało miejsce przed kilku laty.

Od samego przekształcenia Szkoły Głównej na Uniwersytet Warszawski wszystkie usiłowania rządu były skierowane ku temu, aby uczelni tej nadać charakter wyłącznie rosyjski. Tym sposobem po objęciu 27-go listopada 1871 r. przez GIRSZTOWTA wydziałowej kliniki chirurgicznej, na miejsce jego dla wykładów szczegółowej patologii chirurgicznej i terapii i na katedrę chirurgii operacyjnej zamianowano rosyjan, chociaż nieporównanie lepsi byli kandydaci polscy. Po śmierci zaś GIRSZTOWTA, kiedy klinikę po nim objął KOSIŃSKI, na opróżnione miejsce nie dopuszczono również polaka. Władza nie dopuściła nawet do tego, aby w uczelni wyższej mogli być prywat-docenci polacy, z obawy, aby nie stanowili niebezpiecznego współzawodnictwa dla profesorów rosyjan.

Przysyłano też na katedry urzędników z głębi Cesarstwa. Pamiętamy dobrze tych pierwszych pionierów na wydziale medycznym w Warszawie. Dobrze mamy wrażeń w pamięci fakty, które mocno podcinały powagę tych profesorów. W kilka lat później jeszcze niejednokrotnie widzieliśmy, jak po pięknym wykładzie o metodzie LISTER'a, po drobiazgowym wyliczeniu wszystkich warunków, jakie ta metoda nakłada, przystępowano do operacji. W brudnym kubraczku, zakasawszy rękawy i umaczawszy palce w wodzie karbolowej, profesor brał nóż i zaczął wykonywać operację, a kiedy trzeba było posiłkować się innym narzędziem, to najspokojniej nóż brał... w zęby. A działo się to już w czasach, kiedy na Zachodzie wszędzie antyseptyka zapanowała, kiedy starano się o uproszczenie samego opatrunku przeciwnilnego, a czystość wysuwano na pierwszy plan, w tych czasach, kiedy na kilka lat przedtem NUSSBAUM żądał odpowiedniego uwzględnienia dla opatrunku przeciwnilnego w kodeksie. Przypominam, że w 1880 r. NUSSBAUM proponował, aby pociągać do odpowiedzialności sądowej lekarza, któryby przy świeżych ranach nie zachowywał przepisów LISTER'a; w razie zaś dowiedzenia lekarzowi, że badał ranę nieczystymi rękami i na-

rzędziami i gdyby w następstwie tego wybuchła róża ze śmiertelnem zejściem, to lekarz taki winien być skazany na trzy lata więzienia.

Te usiłowania rządu bezsprzecznie wpłynęły hamująco na przyływ polskich sił naukowych do Uniwersytetu w Warszawie, lecz posiew rzucony ręką pierwszych naszych nauczycieli, a umiejętnie i z pracowitością, godną podziwu, ciągle podtrzymywany przez Kosińskiego, zaczął wydawać obfity plon. Wychowańcy ich i czynem i gorącym słowem poza murami uniwersyteckimi zaczęli pracować w dziedzinie chirurgii, oddziały ich szpitalne były to audytoria, do których na dopełnienie swoich wiadomości śpieszyli młodszy koledzy.

Prof. Kosiński pozostawia nam dorobek naukowy pod postacią stu kilkudziesięciu komunikatów w Towarzystwie Lekarskim Warszawskim, drukowanych w Pamiętniku Towarzystwa, oraz szeregu prac oryginalnych, ogłaszanych w rozmaitych czasopismach lekarskich. Prace literackie Kosińskiego stanowią odbicie jego działalności w klinice. Wszystkie ważniejsze przypadki, przedstawiające interes naukowy bądźto pod względem anatomo-patologicznym, bądź też pod względem samej operacji, były notowane przez Kosińskiego. W ciągu całej swojej działalności pedagogicznej niema ani jednego roku, aby Kosiński nie podał dla szerszego ogółu kilku odnośnych spostrzeżeń, tym sposobem w szeregu nader licznych choć drobnych prac przedstawił to wszystko, co zdobył długoletnią praktyką lekarską.

Kosiński głównie poświęcał czas swój zajęciom praktycznym, w niewielkim stopniu zajmując się kierunkiem teoretycznym, czysto naukowym. Z pomiędzy prac tego ostatniego zakresu wymienić należy:

„O połączeniu gałęzi trzewowych z gałęziami ściennymi aorty brzusznej“. P. T. L. W. 1866.

„Do historii nauki o powstawaniu ropy z białych ciałek krwi“. Gazeta Lekarska 1866.

Zamiłowanie do badań anatomicznych dało mu impuls do napisania kilku nader ciekawych spostrzeżeń, dotyczących anomalii naczyń. Sprawę tę omawia w artykułach:

„Brak tętnicy szyjowej wspólnej prawej. Podział pnia bezimiennego na tętnicę szyjową zewnętrzną i wewnętrzną“. Gaz. Lek. 1868.

„Anomalia powstawania *arteriae thy. sup.*“ P. T. L. W. 1872.

„Ciekawy przypadek nieprawidłowego podziału wysokiego tętnicy udowej w miednicy pod więzmem Poupart'a“. Przegl. Lek. 1872.

Przeważną zaś część prac naukowych Kosińskiego dotyczy materiału kazuistycznego, jaki mu dostarczała klinika. Przy każdym ogłoszonym przypadku znajdujemy nader krytyczny rozbiór wszystkich objawów, oraz bardzo szczegółowy opis operacji z odpowiednimi uwagami praktycznymi autora. Z prac tych dowiadujemy się szczegółów o szeregu dokonanych laparotomii przy rozmaitych cierpieniach, o metodach, stosowanych w ce-

Iu usunięcia krtani, nerki, śledziony i t. p. Bogaty ten kliniczny materiał, tak różnorodny, zaczerpnięty niemal ze wszystkich działów chirurgii, bardzo dosadnie maluje ówczesny stan kliniki, sposoby operowania, opatrywania i wyniki operacyjnie.

Z pomiędzy większych prac klinicznych, opartych niemal na wyłącznem doświadczeniu autora, wymienić należy:

„Wewnętrzne nacięcia cewki moczowej (*urethrotomia interna*) i wyższość operacji MAISONNEUVE'a nad innymi metodami doszczętnego leczenia zwężeń cewki moczowej w 103 przypadkach stwierdzona”. *Gaz. Lek.* 1881.

„O operowaniu guzów hemoroidalnych zapomocą podwiązywania”.

„31 rezekcyi kiszek”. *Medycyna* 1893.

„O wycięciu nerki, zestawienie 15-u operowanych przypadków”. *Medycyna* 1893.

„400 laparotomii, wykonanych w klinice w Warszawie” 1894 r.

Na baczniejszą uwagę klinicyстів chirurgów zasługują prace o rezekcyi kiszek i usuwaniu nerki.

Stosunkowo znaczna liczba rezekcyi kiszek, dokonanych w ciągu 8-u lat z różnorodnych przyczyn, pozwala prof. KOSIŃSKIEMU w 1893 r. w artykule pod tytułem „31 rezekcyi kiszek” na wyprowadzenie szerszych wniosków tak pod względem technicznej strony operacyi, jak i wskazań do niej.

W pracy swojej autor uwzględnia tylko operacye wykonane na kiszkach od dwunastuicy aż do kiszki stolcowej. Wszystkie operacye były dokonane przez laparotomię. Z wyjątkiem dwu przypadków rezekcyi w pozostałych była cyrkularna, t. j. usunięto większy lub mniejszy kawałek kiszki w całym jej obwodzie. Najdłuższy kawałek rezekowany wynosił 143 ctm., a najmniejszy 6 ctm. W przewlekłych przypadkach przed operacyą w ciągu kilku dni K. radzi podawać choremu naftol, co wpływa „dobrze na odwonienie kału i zastosowanie czystości podczas operacyi”.

Autor zwraca uwagę, aby operacye podobne wykonywać nie tylko możliwie czysto, ale i prędko. Podczas operacyi na kiszki niema potrzeby nakładania uciskadeł, najlepsze pod tym względem są palce asystenta. Do przemywania autor używa tylko aseptycznego fizyologicznego roztworu soli kuchennej, jako płynu najmniej drażniącego i niewywolującego zatrucia. Przy usuwaniu znaczniejszych odcinków kiszki K. z krezki wycina klin, i na ranę tej ostatniej nakłada szew; kiszkę zaszywa dwupiętrowym szwem ciągłym, kuśnierskim.

Jako wskazania do tych operacyi służyły: *anus praeternaturalis*, rak kiszek, przepuklina uwięziona w stanie ostrej zgorzeli, zwężenie kiszek, pęknięcie urazowe, przedziurawienie spowodowane obcym ciałem, zrośnięcie pętlicy kiszki z torbielą.

Na 31 operowanych zmarło 10 osób. „Najgorszy rezultat, mówi Kosiński, dały operacye robione na chorych z uwięzniętymi przepuklinami, albo-

wiem na 5-u operowanych zmarło 4-ch. Ta grupa nie powinna właściwie być umieszczona pomiędzy powyższymi rezekcjami, gdyż niepomysłny rezultat operacji pochodzi w tych przypadkach nie skutkiem operacji, lecz od septycznego zakażenia jamy otrzewnej<sup>a</sup>. Przy zgorzeli kiszki przeważa zdanie chirurgów, do którego się Kosiński przyłącza, aby unikać dokonywania rezekcji, a natomiast utworzyć *anus praeternaturalis*.

W interesującej nader pracy „O wycięciu nerek [1893] Kosiński zestawia 15 operowanych przez siebie przypadków od r. 1884, t. j. od czasu wykonania u nas pierwszej nefrektomii. Usuwanie nerki było wykonane u 4-ch mężczyzn i 11-u kobiet, w wieku od 17-u do 62 lat. Jako wskazania do operacji służyły: kamienie [4], gruźlica [3], rak [2], mięsak nerki [1], *pyonephrosis* [1], *hydronephrosis* [2] i urazowe podskórne rozdarcie [1].

Cięcie lędźwiowe Simon'a było stosowane 8 razy, cięcie ukośne lędźwiowobrzusne 3 razy i transperitonealne 4 razy.

Cięcie ukośne lędźwiowobrzusne od 11-go żebra, lekko półkoliste aż do kolca biodrowego przedniego i górnego z wypukłością obróconą ku tyłowi, Kosiński zrobił w pierwszym swoim przypadku w 1884 r. i zalecił tę metodę na międzynarodowym kongresie lekarskim w Londynie tegoż samego roku, uważając ją za najodpowiedniejszą w przypadkach znaczniejszych guzów nerki, opuszczających się ku dołowi i ku przodowi.

Na 15 operowanych 5 zmarło skutkiem szoku, zapalenia septycznego otrzewnej, wyniszczenia przed operacją i gruźlicy.

W dalszym ciągu Kosiński mówi o metodzie badania nerek celem wskazań operacyjnych. Autor radzi brać pod uwagę wskazówki terapeuty, który niemal od początku cierpienia, ma chorego w swojej opiece, lecz przy wskazaniach do operacji nie polegać na tych wskazówkach; wtedy tylko nabierają one prawdziwej wagi i znaczenia, kiedy chirurg sam swoim wszechstronnem zbadaniem stwierdzi prawdziwość ich i nabierze przeświadczenia, że wyniki jego badania zgodne są z opinią obserwującego poprzednio lekarza. Badanie zatem przeprowadzone tylko przez samego chirurga, może doprowadzić do wniosku stanowczego.

Kosiński podaje sposób badania nerek przy sprawach, ropnych stosowany przez siebie w celu dyagnostycznym.

Po zachloroformowaniu chorego i dokładnem wypłukaniu pęcherza, „biorę do badania jedną nerkę, mówię autor, i macaniem oraz stosownem naciskaniem podżebrza i okolicy lędźwiowej staram się wyczuć w palcach nerkę i wycisnąć z niej zawartość do pęcherza. Zawsze po tej czynności wprowadzam do pęcherza cewnik i przekonywam się, czy w nim ropa lub krew się znajduje. Jeżeli ilość wyciśniętej cieczy patologicznej jest mała, tak, że przez cewnik nic nie wypływa, trzeba weń wstrzyknąć małą ilość wody, która splucze i zabierze wyciśniętą z nerki ropę lub krew i obecność tych wydzielin stwierdzi. Jeżeli woda odejdzie bez żadnych patologicznych

przymieszek, wtenczas wniosek będzie, jeżeli nie pewny, to bardzo prawdopodobny, że ich w danej nerce niema”.

Na zakończenie swojej pracy Kosiński zwraca uwagę na tak zwane *sympatyczne* cierpienie nerek, które powstało w 4-ch jego przypadkach. Spostrzeżenia te służyć mogą za ważny moment przy stawianiu wskazania do nefrektomii i dobrze jest o nich pamiętać.

Nie będę się tu dłużej zatrzymywał nad rozbiorem poszczególnych prac; zajęłoby to nam miejsca zbyt wiele; wybrałem te, które ze względu na swoją treść budzić mogą ogólny interes.

Po ustąpieniu Kosińskiego z katedry Uniwersyteckiej działalność literacka jego przyćmicha. Jeszcze w roku 1900 ogłosił „Wrodzone torbielowate przeistoczenie nerki przy zupełnym braku naczyń nerkowych“, co mu dało możność do wypowiedzenia uwag o trudności rozpoznania guza w jamie brzusznej pomimo najściślejszego badania i najtroskliwszego rozbioru różniczkowego. Przypadek podany przez Kosińskiego należy do nader rzadkich ze względu na stosunek torbieli, *respectively* nerki do układu naczyniowego.

Ostatnia praca Kosińskiego ukazała się w języku francuskim w 1903 r. „Czy nie znajdziemy nigdy środka na wyleczenie raka“?. Na zasadzie długoletniego swojego doświadczenia autor wypowiada zdanie, że tylko wczesna operacja może dać nadzieję na wyleczenie.

Prace literackie Kosińskiego są bezpretensjonalne, nie przeciążone balastem literatury, przedstawiają sprawę jasno, zrozumiale, utrzymują uwagę czytelnika tylko na tym przedmiocie, o którym mówi autor. Przebija z nich praktyczny na wskroś kierunek Kosińskiego i wielki krytycyzm jego.

Kosiński nie zostawia nam podręczników chirurgii, ani oddzielnych monografii, ale te jego przyczynki i nader starannie opracowana kazuistyka są cennym materiałem dla wszystkich chirurgów.

---

Kosiński, jako założyciel szkoły chirurgów polskich, jako dzielny profesor, wyborny dyagnosta, niezrównany technik, jako sumienny lekarz, który uratował życie lub zdrowie wrócił całym zastępom, dobrze zasłużył się swojemu społeczeństwu.

W pierwszej połowie swojej działalności Kosiński był jedynym przedstawicielem chirurgii polskiej, był tym wielkim naszym chirurgiem, do którego się zewsząd garnęli tłumnie, a który sumiennie przeszczepiał wiedzę na glebę rodzimą. Jeżeli w następstwie obok Kosińskiego wyrosli inni polscy chirurdzy, jeżeli nazwiska, jak: MIKULICZA, RYDYGIERA, OBALIŃSKIEGO, KADERA, KRAJEWSKIEGO, MATLAKOWSKIEGO, JASIŃSKIEGO i innych godnie reprezentują chirurgię polską, to to zasług Kosińskiego w niczem nie zmniejsza, imię jego nie traci na blasku.

W tym zastępie dzielnych współczesnych chirurgów polskich zawsze Kosiński kroczył w pierwszym szeregu, zawsze utrzymywał się na wysokości nauki, nie zażywał wywczasu, ale w pracy szukał podniety do dalszej pracy.

Taka to była działalność prof. Kosińskiego w ciągu jego 50-letniego zawodu lekarskiego! Jeżeli rzucimy okiem na to wszystko, co zrobił, to z głębokim przeświadczeniem powiedzieć możemy: oto człowiek, który talentów swoich nie marnował, pracowicie on zorał zagon ojczysty, a nasienie rzucone ręką jego dało plon obfity, czynami swoimi postawił on sobie pomnik trwalszy od spiżu, a imię jego ze czcią będzie wspominane.

---

II. Z ODDZIAŁU CHIRURGICZNEGO SZPITALA ŚW. DUCHA W WARSZAWIE.

---

## Przyczynek do operacji przyszycia nadłonowego pęcherza moczowego (*cystopexia suprapubica*) W przypadkach przerostu gruczołu krokowego.

Napisał

Prof. dr Leon Kryński.

---

Przed laty dwunastu podałem <sup>1)</sup> myśl dążenia do usuwania następstw przerostu gruczołu krokowego—trudności w oddawaniu moczu — zapomocą przyszywania pęcherza moczowego do tylnej powierzchni ściany brzusznej (*ventrofixatio vesicae urin.*, *cystopexia suprapubica*). Pomysł ten oparłem na badaniu anatomicznem tych zmian, jakim ulega położenie pęcherza moczowego w zależności od wieku wogóle, w szczególności zaś w związku z powiększaniem się rozmiarów gruczołu krokowego. Szczegółowe odnośne dane znaleźć można w wymienionej pracy, zarówno jak i w szeregu badań nowszych, których wyczerpującą literaturę przytaczają źródłowe dzieła Socin'a i Burckhardt'a <sup>2)</sup> i Frisch'a <sup>3)</sup> o chorobach tego gruczołu.

Najogólniej mówiąc, pęcherz nasz z wiekiem coraz bardziej powiększa swój wymiar poziomy kosztem pionowego, przez co jego kształt pierwotnie wrzeciono-

---

<sup>1)</sup> Przegląd Lekarski 1896, Nr. 50.

<sup>2)</sup> Die Verletzungen und Krankheiten der Prostata. Stuttgart. 1902.

<sup>3)</sup> Die Krankheiten der Prostata. (Handbuch der Urologie). Wien. 1906.

waty przybiera stopniowo postać jajowatą, wreszcie kulistą. W zmianie tej ważną bardzo rolę odgrywa mechanizm rozszerzania się pęcherza przy napełnianiu, odbywającego się, jak to wykazał SAPPEY, głównie kosztem ściany jego tylnej. Dzięki temu ściana ta zyskuje stopniowo coraz większą przewagę nad przednią i powoli przybiera postać kulistą, do czego przyczynia się jeszcze w pewnym stopniu i ciśnienie samego moczu w pozycji leżącej. Jeżeli nadto powstanie przeszkoda do wydalenia zbierającego się moczu, to warstwa mięsna ściany pęcherzowej ulega rozciągnięciu, cieńszeje, cała zaś ściana pod wpływem parcia płynu od wewnątrz rozciąga się coraz bardziej, dając początek tworzeniu się coraz wybitniejszego dna pęcherzowego (*bas fond*, *Blasengrund*), które zagłębiając się, tworzy niekiedy rodzaj kolbowatego uchyłku z tyłu poza ujściem wewnętrznym cewki moczowej. Powiększający się gruczoł krokowy powoduje przesunięcie szyjki pęcherzowej wraz z *orificium internum* i *pars prostatica urethrae*, co znów wywołać może zgięcie cewki moczowej w jej części błoniastej (*pars membranacea*) w miejscu jej przejścia przez *diaphragma uro-genitale* [REERINK], zgięcie, będące przyczyną nagłego zatrzymania się moczu w tych przypadkach [SOCIN].

Polecony przeze mnie zabieg operacyjny ma na celu usunięcie tych właśnie zmian patologicznych. Mianowicie, przez uniesienie pęcherza ku górze i przymocowanie przedniej jego ściany do ściany brzusznej zyskujemy: 1) zamianę pochylenia pęcherza ku tyłowi (*retroversio*) na pewne pochylenie ku przodowi (*anteversio*); 2) zniesienie uchyłku tylnego, owego *bas fond*, będącego najtrudniejszym do opróżnienia zbiornikiem moczu; 3) rozszerzenie lejkowate otworu wewnętrznego cewki; 4) stworzenie *punctum fixum* dla pęcherza na ścianie brzusznej i zapobieżenie przez to możliwości zagięcia się cewki w miejscu przejścia jej *pars prostatica* w *pars membranacea*, wreszcie 5) wydłużenie osi pionowej i nadanie przez to całemu narządowi postaci więcej wrzecionowatej o podstawie, utworzonej przez *orificium int. urethrae*, — a więc warunków najpomyślniejszych do opróżnienia go ze zbierającego się wewnątrz moczu.

Dla ścisłości dodać muszę, iż podobny pomysł podał w rok [1897] później PERASSI, w cztery zaś lata potem [1901] na Zjeździe chirurgów niemieckich także postępowanie przedstawił GOLDMANN, omawiając zastosowanie jego po raz pierwszy u dwu chorych, z których u jednego otrzymał wynik bardzo pomyślny.

Ja dopiero w ostatnich latach miałem możność zastosowania tej operacji w trzech przypadkach *hypertrophiae prostatae*; otrzymane wyniki są tyle zachęcające, że skłaniają mnie do podania ich do wiadomości kolegów.

Postępowanie moje jest następujące:

Znieczulenie miejscowe płynem SCHLEICH'a. Cięcie w linii środkowej [7—8 ctm.] tuż ponad spojeniem łonowym. Po przecięciu ściany brzusznej i dojściu do pęcherza, wypełnionego roztworem kwasu borowego, odszukanie załamka otrzewnej, który palcami na tępo odsuwa się ku górze, możliwie jak najwyżej ku wierzchołkowi pęcherza. Przyszycie przedniej powierzchni ściany pęcherzowej do tylnej powierzchni mięśni prostych brzucha, sięgając jak najwy-

żej, 4-ma szwami katgutowemi, które jednocześnie służą do zbliżenia rozdzielonych mięśni prostych. Wreszcie—zeszycie powięzi i skóry. Opatrunek. Cewnik na stałe na 15 dni. To stosunkowo długie pozostawienie cewnika uważam za ważne ze względu na osiągnięcie mocnych zrostów z jednej strony, z drugiej zaś—w celu dostarczenia dłuższego wypoczynku zazwyczaj mocno wyczerpanemu mięśniowi ściany pęcherzowej. Cały zabieg trwa zwykle około 30-u minut.

Operowane przypadki są następujące:

1. W. S., lat 72, literat. Objawy prostatyzmu od szeregu lat. Przez ostatnie 3 lata znaczne pogorszenie, objawy chronicznego nieżytu pęcherza, trudność w urynowaniu, ciągle używanie cewnika kilkakrotnie w ciągu doby. Ilość moczu zalegającego (*Residualharn*) 500—800 ctm. sz. Pęcherz rozciągnięty o wyraźnem wypukleniu tylnem (*bas fond*). Gruczoł krokowy, powiększony znacznie, wyczuwa się wyraźnie od strony odbytnicy w postaci płaskiego guza, najgrubszego w części środkowej. Wprowadzenie cewników, nawet numerów grubszych, odbywa się bez większych trudności. Badanie cystoskopem potwierdziło wynik badania przez odbytnicę co do przerostu głównie płata środkowego; wprowadzenie jednak i manipulowanie cystoskopem w pęcherzu sprawia choremu silne bole tak, iż ograniczyć je musiano do krótkiej chwili. Nadto objawy *arteriosclerosis* wysokiego stopnia, *emphysema*, *bronchitis chr.*

W maju roku 1903 wykonałem operację nadłonowego przyszycia pęcherza, w znieczuleniu miejscowem, według przytoczonego powyżej postępowania. Pomimo bardzo pomyślnego przebiegu pooperacyjnego i rychłego zagojenia się rany poprawa dała na siebie czekać dość długo i objawy chorobne ustępowały powoli. Szczególnie uporczywym był nieżyt pęcherza, pomimo że w ciągu kilku tygodni ilość moczu zalegającego dała się sprowadzić do 100 ctm. sz.; z tego względu pozostawiono na czas długi jednorazowe cewnikowanie w ciągu doby i przepłukiwanie pęcherza odpowiednimi rozczywnami. W ciągu następnego roku stan pęcherza poprawił się znacznie, opróżnianie pęcherza stało się dokładniejsze i można było od czasu do czasu obywać się bez codziennego używania cewnika, do czego jednakże powracano, jako do zabiegu normalnego raz na dobę. Stan taki względnie pomyślny trwał aż do śmierci chorego, która nastąpiła w 3 $\frac{1}{2}$  lata po operacji.

2. I. P., lat 65, wyrobnik, cierpi na zaburzenia w oddawaniu moczu od 5 przeszło lat. Objawy te w ciągu ostatnich czterech miesięcy doszły do tego, że chory ma ciągle uczucie parcia na mocz, który musi oddawać w małej ilości co godzinę, co pół godziny, a nawet i częściej. Mocz dawniej był czysty, dopiero ostatnimi czasy bywa najczęściej mętny. Na te dolegliwości swoje leczył się tylko pićmi ziółek; cewnika nie wprowadzono mu nigdy, chorób wenerycznych nie przebywał, żonaty od lat 40, dietny.

Badanie pęcherza wykazuje znaczne jego rozciągnięcie i wypełnienie moczem. Oddawanie moczu wielce utrudnione: przy silnem parciu i pozycji stojącej może chory wypuścić naraz do 40 ctm. sz. Przez cewnik, wprowadzony natychmiast po urynowaniu, wylewa się do 1600 ctm. sz. zalegającego moczu



blado-żółtego, mętnego. Cewnik NÉLATON'a [16] wchodzi z trudnością, łatwiej przechodzi metalowy MERCIER'a. Analiza moczu nie wykazała żadnych nieprawidłowych składników poza danemi, cechującemi niezbyt pęcherza. Gruczoł krokowy powiększony znacznie, głównie oba płaty boczne, które wyczuwa się bardzo wyraźnie przez odbytnicę; z nich płat prawy większy od lewego. W naczyniach krwionośnych objawy stwardnienia ścian nieznaczne; płuca bez zmian.

W lutym r. b. zrobiłem operację — *cystopexia suprapubica* — w znieczuleniu płynem SCHLEICH'a. Po operacji — cewnik [18] na stałe, który pozostawiono tam w ciągu 15-u dni; przepłukiwanie pęcherza co 3-ci dzień; wewnątrz urotropina. Przebieg pooperacyjny gojenia się rany nie był idealny, albowiem trzeciego dnia po operacji chory zdołał wprowadzić od dołu pod opatrunek dwa palce i „drapał się” w okolicę rany. W następstwie tego dwa szwy dolne w skórze zropiały, trzeba było je rozpuścić i kąt dolny rany goić *per secundam*, co nieco przedłużyło okres gojenia się.

Po upływie dwóch tygodni cewnik wyjąłem i poleciłem choremu odtąd oddawać mocz samemu, początkowo co 2 godziny, później coraz rzadziej. Czynność ta wypadła od razu zupełnie dobrze. W pierwszym tygodniu po operacji zbadanie cewnikiem ilości moczu zalegającego wykazało 50—60 ctm. sz. lecz ilość ta zmniejszała się stopniowo i już następnego tygodnia wynosiła zaledwie do 30 ctm. Jednocześnie uległa poprawie błona śluzowa pęcherza i objawy niezytu ustąpiły prawie zupełnie. Stan ogólny chorego nie pozostawia nic do życzenia.

Tu więc wynik operacji otrzymaliśmy wyborny, tem bardziej że poprawa czynnościowa pęcherza wystąpiła prawie doraźnie po usunięciu cewnika i dalej postępowała ku lepszemu. Również pomyślnie przedstawia się stan chorego w 4 miesiące po zabiegu.

3. I. K., lat 47, pułkownik. Początek swych zaburzeń pęcherzowych odnosi do czasów dawnych; najwięcej dał mu się we znaki ostatni rok wskutek zwiększającej się częstości i trudności urynowania. Cewników stara się używać jak najrzadziej, albowiem wprowadzanie sprawia mu duże dolegliwości. Oddawanie moczu połączone jest z wielkiem parciem i odbywa się kilkanaście [do 20] razy w ciągu doby; najgorszą pod tym względem bywa noc. *Arteriosclerosis* wyraźna, niezbyt oskrzeli.

Pęcherz rozciągnięty posiada wyraźne wypukienie tylne; ilość zalegającego moczu około 350 ctm. sz. Gruczoł krokowy niewielkich rozmiarów, bardzo wrażliwy na ucisk. Mocz ciemno-żółty, zawiera dużo osadu i śluzu. Wprowadzenie cewników zwykłych nie stanowi trudności, aczkolwiek chory reaguje na to dość mocno.

W pierwszych dniach maja r. b. — *cystopexia* zwykłym sposobem. Cewnik na stałe; jednakże już po upływie 8 dni trzeba go było usunąć wobec usilnych próśb chorego i odtąd przez następny tydzień tylko wprowadzono cewnik dwa razy na dobę dla dokładnego wypuszczenia moczu. Z końcem drugiego tygodnia rana zagojona w zupełności. Ilość moczu zalegającego zmniejszyła się znakomicie [do 56 ctm.], mocz jednakże jeszcze dość mętny

Oddawanie moczu daleko mniej przykre, odbywa się 8—10 razy na dobę. Chory zmuszony sprawami rodzinnymi, opuszcza Warszawę po 3 tygodniach.

Przytoczona kazuistyka, niestety bardzo skromna liczebnie, przedstawia ilustrację kliniczną tego zabiegu operacyjnego. Jak widzimy, we wszystkich tych przypadkach wpływ operacji był dodatni w sensie usunięcia lub przynajmniej zmniejszenia objawów chorobnych. Z pomiędzy nich efekt najwybitniejszy był w przypadku 2-im, być może dzięki temu, że zmiany chorobne, aczkolwiek mocno wyrażone co do natężenia, pod względem czasu trwania ustępowały pozostałym przypadkom. I tu jednakże następowała zawsze poprawa czynnościowa pęcherza, wyrażająca się stale zmniejszeniem się ilości moczu zalegającego.

Rzecz prosta, zabieg ten nie może stanowić współzawodnictwa z operacją wycięcia gruczołu krokowego (*prostatectomia*), która, jako odpowiadająca wskazaniami przyczynowym, stanowi drogą najracjonalniejszą i bardziej doszczętną. Sądzę jednakże, iż w olbrzymiej kazuistyce prostatyzmu znajdzie się niemała odsetka przypadków, w których *cystopexia* naprawdę pożytek przynieść może. Do nich zaliczyłbym:

- 1) przypadki *prostatismus sine hyperhophia*, gdzie przeto nie można myśleć o wycinaniu gruczołu;
- 2) przypadki, w których *prostatectomia* jest niemożliwą, czy to ze względów ogólnych [stan chorego], czy też z powodu warunków miejscowych [zrosty, przerzuty etc.];
- 3) przypadki, gdzie *prostatectomia* zawiodła, dając efekt krótkotrwały;
- 4) jako zabieg wstępny, przygotowujący teren dla innego, naprz. dla *prostatectomia transvesicalis*.

Wreszcie ważnym czynnikiem, mogącym częstokroć zaważyć na szali decyzji chirurga, jest rzeczywista łatwość tej operacji, którą w bardzo krótkim czasie i w znieczuleniu miejscowym wykonać można nawet u bardzo osłabionych chorych.

---

### III. Nowy przyrząd do podtrzymywania cystoskopu w pewnem określonym położeniu

(*CYSTOSKOPHALTER*).

Opisał

Feliks Majewski.

---

Rzeczą jest znaną w chirurgii, że najwięcej precyzyjnym narzędziem chirurgicznym jest wprawna ręka operatora. Najwprawniejsze jednak ręce chę-

nie się posługują narzędziami pomocniczymi tam, gdzie albo zamierzona czynność ręką nie da się wykonać [igły, noże], albo wymaga tak długiego wysiłku, że odpowiedni układ mięśniowy z powodu zmęczenia precyzyjnie wykonać jej nie byłby w stanie [podpórki, kleszczyki, zaci-kadła].

Powyższe twierdzenia dadzą się powtórzyć również i w zastosowaniu do manipulacji cystoskowych, z pewnemi zastrzeżeniami. Technika cystoskopowania w przypadkach najmniej skomplikowanych jest bardzo łatwa i nie wymaga prócz cystoskopu żadnych narzędzi pomocniczych.

Tam jednak, gdzie badanie cystoskopowe z konieczności musi się przedłużyć, lub ulega kontroli wielu osób, jak przy kensyliach lub przy demonstracjach naukowych, tam bardzo pożądaną, a nawet nieodzowną jest pomoc ze strony odpowiedniego przyrządu, dzięki któremu możnaby każdy obrany dla obserwacji odcinek ściany pęcherzowej utrzymać przez czas dłuższy w polu widzenia cystoskopu, nie narażając rąk swoich na zmęczenie, a chorego na bardzo nieprzyjemne sensacje, występujące wewnątrz pęcherza przy poruszaniu narzędziem.

Nie wdając się w szczegółową krytykę różnych już istniejących przyrządów do podtrzymywania cystoskopu, zaznaczyć muszę, że przyrządy te wydają mi się albo za duże, albo zbyt krępujące swobodę ruchów cystoskopującego. Z tego powodu zbudowałem przyrządek mały, łatwo przenośny, dający się przystosować do każdego stołu i bardzo mocno utrzymujący położenie nadane jemu, a więc i cystoskopowi.

Składa się mój przyrząd z widełek ww [stanowiących podstawę przyrządu], przystosowujących się do górnej powierzchni deski stołu, na którym odbywa się badanie i mocnej śruby *S*, która się przystosowuje do dolnej powierzchni deski stołu. W widełkach tych, do nich prostopadle, umocowany jest słupek *B*.

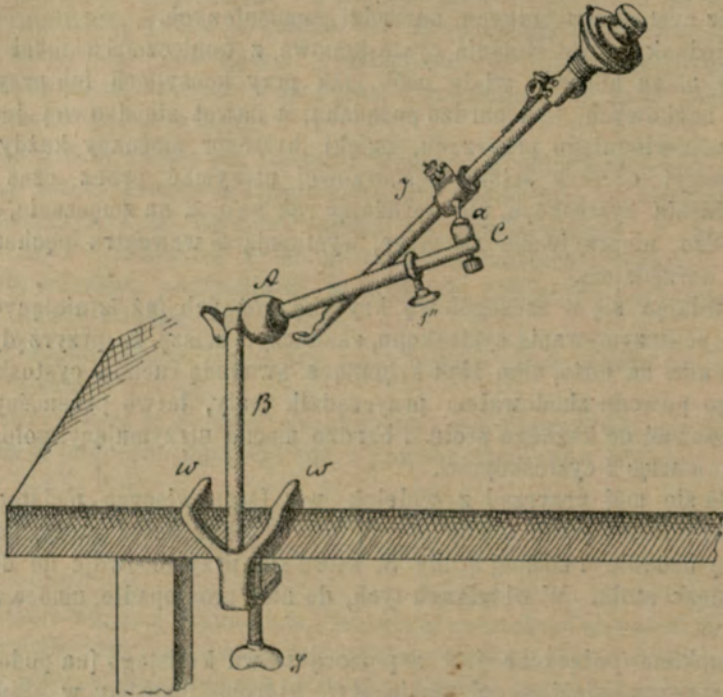
Ze słupkiem połączone jest zapomocą stawu kulistego [na podobieństwo ludzkiego stawu ramieniowego] ramię *AC*, którem jesteśmy w stanie, dzięki wzmiankowanemu kształtowi stawu *A*, wykonywać wszelkiego rodzaju ruchy w górę, w dół, ku sobie i od siebie i wszystkie między nimi pośrednie w sposób nadzwyczaj łagodny. Śruba umocowuje w sposób zupełnie] pewny ramię *AC* w obranem dla badania położeniu. Ramię *AC* składa z dwu części wchodzących jedna w drugą i tak dokładnie odszlifowanych, ażeby w miarę wykonywanych ruchów ramię to stosownie do potrzeby mogło się wydłużać i skracać bez znaczniejszego wstrząśnienia. Śrubka *S''* utrzymuje ramię *AC* w rozmiarach potrzebnych dla tego lub innego ustawienia cystoskopu.

Na końcu ramienia *AC* umocowane jest małe imadełko *I*, podtrzymujące sam cystoskop. Imadełko to połączone jest z ramieniem również przy pomocy kulistego stawu (*a*), ułatwiającego znakomicie poruszenia cystoskopu w różnych kierunkach i dającego się dobrze umocować w obranem położeniu.

Ponieważ cystoskop posiada kształt kateteru, którego poprzeczne przecięcie jest owalne i dzięki temu nie mógłby się obracać w imadełku około swej osi podłużnej [to zn. np. z położenia dziobem do góry—w położenie dzi-

bem do dołu] bez wstrząśnień, to należy umieścić na nim przed ułożeniem go w imadleku szpulę okrągłą która koryguje owalny kształt cystoskopu.

Aparat mój dzięki połączeniu w nim dwu stawów kulistych (*A* i *a*), jak również dzięki małym rozmiarom i nieznacznej wadze, jest, zdaniem mojem, nowym krokiem naprzód i może stanowić znaczne ułatwienie przy cystoskopii dla ludzi początkujących lub przy demonstracjach naukowych.



W razie jeżeliby amplituda ruchów ramienia ku sobie i od siebie okazała się przy niektórych stołach do badania za małą, w przyrządzie moim łatwo jest uruchomić słupek *B* tak, ażeby się kręcił wokoło swojej osi podłużnej [z odpowiedniem umocowaniem w obranej pozycji], a i w takich wyjątkowych przypadkach okaże się on rzetelną pomocą.

---

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

— + + —

### 53. V. Lieblein. Przyczynki kliniczne do operacji Talma-Drummond'a.

Operacja powyższej nazwy, mająca na celu leczenie wodosteku brzuszego w marskości wątroby, wykonana została już kilkaset razy. BUNGA

zestawił 274 przypadki, autor dodaje opis 14-u wykonanych w klinice v. EISELSBERG'a.

Trzy przypadki były bardzo ciężkie i właściwie nie powinny być operowane. To też ograniczono się tylko do przecięcia powłok [w dwu były już dobrowolne zrosty sieci z otrzewną ścienną]. W pozostałych dokonano operacji zmodyfikowanej w ten lub inny sposób:

1) przyszywając [3 przypadki] sieć do ściany przedniej brzucha z założeniem sączka nad spojeniem łonowym,

2) przytwierdzając jeden koniec sieci pomiędzy przeponą a wątrobą, a drugi do ściany brzucha [1 przypadek],

3) przytwierdzając (*intrapertoneal*) sieć do ściany brzucha bez drenażu [4 przypadki],

4) przytwierdzając sieć w kieszeni, wytworzonej przez odklejenie otrzewnej ściennej od przedniej ściany brzusznej [t. zw. *fixatio extraperitoneale* v. EISELSBERG'a],

5) postępując według NORATH'a: przez przytwierdzenie sieci w kieszeni wytworzonej przez odpreparowanie skóry na brzuchu [w 3 przypadkach].

Cztery przypadki zakończyły się śmiercią—w związku z operacją i w jej następstwie, a mianowicie z założeniem sączka, czemu autor przypisuje rozwinięcie się zapalenia śmiertelnego otrzewnej. Na podstawie tego doświadczenia autor zaniechał tego sposobu. W dwu jeszcze przypadkach śmierć nastąpiła również z zapalenia otrzewnej. Jeden chory zmarł z ostrego zapalenia płuc już po zagojeniu się rany brzusznej. Właściwie 3 przypadki tylko można uważać za uwieńczone pomyslnym wynikiem, t. j. zniknięciem trwałem *ascites* [obserwacja trwała 22, 18, 13 miesięcy]. Stanowi to 25%. Inni autorzy podają 30%. OETTINGER wyjątkowo aż 50%, ale obserwacje jego ograniczają się do paru miesięcy, wyjątkowo do roku.

W wielu przypadkach, pomimo, zdawałoby się, najlepszych warunków dla powodzenia, pomimo, że nastąpiły zrosty i wytworzyły się połączenia naczyniowe, przesiek nie znikał.

Na wyniki operacji musi zapewne wpływać charakter cierpienia podstawowego wątroby.

Zdaje się, że syfilis wątroby daje wyniki ujemne [3 przypadki autora; tegoż zdania jest MORISON, za tem przemawia też przegląd statystyki BANGGO], chociaż nie bezwzględnie.

Co się tyczy marskości LAENNECK'a, to tu wynik operacji zależy zapewne od okresu choroby; zdaje się [OETTINGER], że okres przerostowy daje lepsze rokowanie niż okres marskości [co prawda liczba przypadków operowanych w 1-szym okresie jest znacznie mniejsza, niż w okresie drugim]. Z przypadków własnych autora nie da się co do tego wyciągnąć żadnego wniosku: bywało i tak i odwrotnie.

Stawiano też pytanie, czy we wszystkich przypadkach marskości wątroby zbieranie się płynu w jamie otrzewnej zależy od zastoju—boć tylko wtedy operacja omawiana ma rację bytu. Wiadomo, że przy marskości zanikowej wątroby nie rzadko zdarzają się przewlekłe zapalenia otrzewnej, a często bywają powikłania przez gruźlicę otrzewnej. Autorzy, którzy brali to pod uwagę, uważają, że ostatnie sprawy dają lepsze rokowanie niż *ascites* przy *cirrhosis*, będący zapewne pochodzenia toksemicznego.

HALE-WHITE jest zdania, że jeżeli *ascites* zależy od wątroby, to chorzy tacy wytrzymają tylko jedno zaledwie przekłucie i ulegają swemu cierpieniu. Z 34-ch przypadków tego autora 10 zmarło zanim zaszła potrzeba przekłucia, 14 po pierwszym przekłuciu; w 10-u robiono uprzednio kilka razy przekłucie ale też okazało się, że w 4-ch rozpoznanie było błędne a w 6—było przewlekłe zapalenie otrzewnej. Tego samego zdania są CAMPBELTHOMSON:

Z 18 u przypadków 12 zmarło po 1-ej punkcyi, w 6-u, gdzie dokonano kilku wypuszczeń płynu—nie było czystej cyrozy.

THOMSON sądzi, że chorzy na marskość wątroby żyją wiele lat bez *ascites*, nawet bez wyraźnych objawów choroby wogóle; w trakcie tego może czasem z powodu przewlekłego zapalenia otrzewnej i zapalenia okołowątrobowego nagromadzić się płyn w jamie brzusznej; ale ten może się wessać i chory wraca do poprzedniego stanu. Jeżeli choroba postępuje i dochodzi do zależnego od niej wodosteku, to chory wkrótce umiera. THOMSON zwraca uwagę na to, że chorzy, którzy wyzdrowieli po operacyi T—D., podlegali uprzednio parokrotnym punkcyom; a więc mieli *ascites* nie od wątroby zależny. To też radzi zamiast operacyi, tylko wypuszczenie przez prętkucie, a operacyę tylko u tych chorych, którzy już podlegali kilkakrotnie wypuszczeniu płynu. Podobnego zdania jest i ALBERT RAMSBOTKANE. *Ascites w cirrhosis* h. bywa uważany za pochodzenia toksycznego—w następstwie niedostateczności wątroby, nie będącej w stanie niszczyć trucizn, doprowadzonych do niej z przewodu kiszkowego. Trucizny te przedostają się do krwiobiegu ogólnego i doprowadzają do obrzęków, zjawisk nerwowych—ostatniego okresu choroby.

Wogóle badania nowsze nad marskością wątroby [KREZT] zmuszają do porzucenia dawnych poglądów na czysto mechaniczne pochodzenie *ascites*, chociaż nie zaprzeczają w całości jego zastoinowemu charakterowi—a stąd [zdanie autora] nie usuwają wskazania do operacyi T.—D. Ocena przypadków autora z punktu widzenia WHITE-THOMSON'a—nie daje pewnych wyników. Autor zaznacza trudności rozstrzygnięcia przy sekcji natury znajdująwanego płynu. Obecność starych zgrubień otrzewnej nie świadczy koniecznie, że płyn zależał od zapalenia otrzewnej; można to na pewno powiedzieć tylko przy istnieniu śladów świeżego zapalenia. Podobnież i co do gruźliczej natury płynu, gdyż wiadomo, że przy gruźliczych zmianach na otrzewnej może nie być płynu. Sprawę tę prędzej może rozstrzygnąć badanie chemiczne płynu. Już ciężar gatunkowy daje pewne wskazówki, a także % białka (*ascites* przedsiękowy średnio 10‰, zupełny wysięk 10—50‰).

Za bezwzględne przeciwwskazanie do operacyi należy uważać: powikłanie ze strony serca i nerek, ciężką żółtaczkę, *acholiam* i *hypercholiam* stołców, pigmentację skóry i silną urobilinurę.

Autor kończy zdaniem, że operacya T—D. nie odpowiedziała pokładanym w niej nadziejom. Wobec zaś nieświetnych dotychczasowych wyników operacyi trudno skłaniać do operacyi przypadki świeże, jak tego żądają obecnie chirurdzy, zwłaszcza, że i leczenie wewnętrzne notuje przypadki wyzdrowienia zupełnego, a przynajmniej jest w stanie ograniczyć rozwój choroby na długi przeciąg czasu.

(Mittel. a. d. Grenzgebieten 18. V.).

O. Hewelke.

#### 54. Albers—Schönberg. Gruźlica szczytów płucnych w obrazie rentgenowskim.

Autor podaje szczegóły techniczne dotyczące fotografowania sposobem rentgenowskim i trudności, jakie wypada przytem przewycięzać. Oryentowanie się i wyciąganie wniosków z otrzymanych fotografii wymaga też wielkiej wprawy i ostrożności, a tem bardziej, że dotąd mało istnieje jeszcze przypadków, w których można było skonfrontować otrzymane obrazy ze stanem zmian pośmiertnych.

Autor przytacza też omyłki techniczne, które mogą wpływać na wynik rentgenogramów (za krótka ekspozycya lub za długa, zbyt twarde rury), a

także okoliczności w budowie ciała (stwardnienie skóry, lipomaty, stwardniałe gruczoły nad- i podobojczykowe i t. p.), które mogą być źródłem fałszywych obrazów.

Ostatecznie autor uważa, że gruźlica szczytów może być niekiedy wykazana sposobem R., zanim zostanie ustalona klinicznie.

Z obrazów R., można często wyprowadzać wnioski o charakterze anatomiczno-patologicznym. Wartość zdjęć tych polega na udoskonaleniu wczesnej diagnozy i na utrwaleniu obiektywnym znalezionych zmian.

Tylko technicznie doskonałe obrazy mają wartość przy rozpoznawaniu.

(*Deut. med. Woch.* 1908. Nr. 20).

O. Hewelke.

## Warszawskie Towarzystwo Lekarskie.

### SEKCJA NEUROLOGICZNO-PSYCHIATRYCZNA.

Posiedzenie dnia 25-go kwietnia 1908 r.

- TREŚĆ:
- 1) BRUNNER MIKOŁAJ.—Przedstawienie aparatu indukcyjnego własnego pomysłu.
  - 2) H. HIGIER—Przedstawienie przypadku pomyślnie operowanego ropnia zewnątrzrdzeniowego.
  - 3) BYCHOWSKI.—Przedstawienie preparatu anatomicznego torbieli mózgu.
  - 4) MĘCZKOWSKI.—Przedstawienie przypadku braku kości przedramiennych i zaburzeń nerwów obwodowych.
  - 5) HANDELSMAN.—Przedstawienie przypadku wielopostaciowego syfilisu układu nerwowego ośrodkowego.
  - 6) KOELICHEN — Przedstawienie kombinacji wrodzonej oftalmoplegii z płasawicą połowiczą.
  - 7) ŁAPIŃSKI T.—Przedstawienie przypadku psychozy histerycznej.

1) BRUNNER M. przedstawił przyrząd indukcyjny własnego pomysłu, oparty na zasadzie t. zw. transformatorów. Przyrząd ten może być używany z elementami suchymi lub akumulatorami, a przede wszystkim z prądem miejskim [zmiennym], z tym ostatnim już bez żadnego specjalnego przerywania. Przyrząd ten nader małej wielkości skutkiem odpowiedniego stosunku drutu grubego do cienkiego, stanowiącego współczynnik transformacji [w danym przyrządzie=25], daje prądy bardzo silne, o napięciu, dającym się z góry określić, [czego w dotychczasowych cewkach indukcyjnych nie można], stosownie do siły i napięcia prądu [liczby Volt], przepuszczanego przez pierwsze uzwojenie. W przyrządzie BRUNNERA uzwojenie to wynosi 60 amperzwojów, gdy w cewce wtórnej, mającej wspólnie z pierwszym jądro żelazne zamknięte, wynosi 1500 amperzwojów. Prąd miejski posiada napięcia 120 volt, przeto musi być przetransformowany do 30 volt, a następnie wprowadzony w aparat BRUNNERA przez lampkę 10- najwyżej 16- świecową i 30- woltową.

Dla uczynienia prądu stałym lub silniejszym należy prąd wtórny modyfikować opornikiem wodnym lub drutowym.

Cechą główną prądu jest jego niebolesność, gdy przy zwykłych prądach indukcyjnych otrzymuje się prądy nieraz słabe, a powodujące bardzo silne klucie, niekiedy nie do zniesienia. Tworzenie się prądu w nowym przyrządzie następuje według krzywej sinusoidalnej. Prócz tego prąd otrzymany posiada i cechy prądu stałego, sprawia uczucie smaku metalicznego, wywołuje fosfeny [wrażenia świetlne] i t. d., czyli zastępuje przyrząd Vatteville'a, który w razie zmniejszonej pobudliwości nerwów na prądy przerywane, łączy je z prądem stałym w jednych i tych samych elektodach. Mówca obiecuje polecić wykonanie swego przyrządu w mniejszym formacie, wielkości nieco większej od pudełka do zapalek, co pozwoli elektroterapeutom stosować go wszędzie tam, gdzie będą mieli prąd miejski do rozporządzenia.

W dyskusji podnoszono praktyczność pomysłu mówcy, a głównie podkreślano niebolesność uderzeń prądu indukcyjnego.

2) HIGIER przedstawił przypadek trafnie rozpoznanego i pomyślnie zoperowanego ropnia zewnątrzrdzeniowego.

Chory, lat 20, w dzieciństwie przechodził *malum Pottii*, w następstwie czego powstał garb w okolicy 9—11 kręgu grzbietowego. W r. 1907, chory, który do tej pory czuł się zdrowym, został uderzony kolbą w garb, wskutek czego wystąpiło wkrótce drętwienie w nogach i stopniowe osłabienie władzy z zejściem w zupełne porażenie spastyczne z zaburzeniami czucia od stóp do wysokości pępka. H. rozpoznał porażenie uciskowe, najprędzej wskutek *abscessus subperiostalis*, który po urazie utworzył się w drzemiączem przed laty podgojonem ognisku trzonu kręgowego i, rosnąc ku tyłowi, wywierał ucisk na rdzeń. Wyciąg kręgosłupa nie pomógł, laminektomia sprawiła ulgę i poprawę przejściową. Wtedy przystąpiono do kostotranswersotomii podług metody MÉNARD'a, i natrafiono na ropień, który wypuszczono. Obecnie objawy cierpienia rdzenia zupełnie ustąpiły. Chory chodzi bez wielkiego zmęczenia 8 wiorst dziennie.

W dyskusji BREGMAN i FLATAU opowiedzieli o przypadkach podobnych, w których poprawa wybitna nastąpiła również po wypuszczeniu płynnej ropy.

3) BYCHOWSKI przedstawił mózg 30-letniego fryzyera, dotkniętego za życia, na rok przed śmiercią, prawostronną apraksją. Żadnych śladów porażenia prawostronnego nie stwierdzono. Brak było jakichkolwiek wogóle porażen. Chory jednak, zwłaszcza na żądanie, wykonywał czynności tylko lewą ręką. Z własnej inicjatywy nie rozmawiał, choć na niektóre pytania czasami odpowiadał dobrze. Czytał dobrze zwykle tylko pierwsze sylaby, dalsze przedstawiał lub czytać nie chciał. Pisać dowolnie prawą ręką nie umiał wcale, kopiował nią bardzo dobrze. Przy silnych bólach głowy chory zmarł. Badanie pośmiertne wykazało nie guz mózgu, który rozpoznawano za życia i umiejscowiano ze względu na apraksję, zaburzenia mowy i pisma, w głębi lewej półkuli, ale torbiel wielkości małej pomarańczy, sięgającą swoim przednim brzegiem do zraza czołowego, tylnym zaś do zraza potylicowego. Trzecia komora była wypełniona masą galaretowatą.

W dyskusji HIGIER, FLATAU i BREGMAN zaznaczali, iż w danym przypadku nało było za życia objawów istotnie apraktycznych. Uderzał ich tylko brak niedowładu pomimo tak znacznej torbieli, ciągnącej się w kierunku zwojów centralnych.

BORNSTEIN i STERLING podkreślali, że to, co stanowi zasadniczą cechę apraksji, a mianowicie niemożność czy nieumiejętność wykonywania ruchów złożonych przy braku niedowładu, u danego chorego za życia istniało.

4) MĘCZKOWSKI przedstawił przypadek braku kości przedramieniowych.

Chora, lat 12, przed 1½ rokiem spadła ze schodów, skutkiem czego powstało złamanie powikłane przedramienia lewego. Po długim ropieniu obie kości prawie całe się wydzieliły. W pośrodku przedramienia na miejszu



zwykłych mięśni, unerwionych przez nerw promieniowy i łokciowy istnieje masa galaretowata, pokryta skórą. Na kiści działają tylko mięśnie międzykostne i m. *abductor pollicis*. Zdaje się, że zabieg chirurgiczny nie w danym przypadku pomódz nie jest w stanie.

5) HANDELSMAN przedstawił przypadek wielopostaciowego syfilisu układu nerwowego środkowego.

Chory, lat 28. Przed trzema laty przechodził syfilis. W roku zeszłym uległ prawostronnemu porażeniu, które wkrótce przeszło. W marcu r. b. zaburzenia w urynowaniu, osłabienie obu nóg. Badanie wówczas stwierdziło ślady niedowładu spastycznego prawostronnego, a oprócz tego w kończynach dolnych porażenie typu BROWN-SÉQUARD'a: zaburzenia czucia ciepłikowego i bolowego po stronie prawej do pępka i osłabienie siły ruchowej kończyny dolnej lewej. Mówca przyjmuje tu dwa ogniska: jedno w mózgu w okolicy lewej torebki wewnętrznej, drugie w rdzeniu w części grzbietowej.

6) KOELICHEN przedstawił 10-letnią dziewczynkę, dotkniętą wrodzonym porażeniem niektórych mięśni prawego oka, u której wystąpiły ruchy płasawicze w prawej połowie ciała. Dziewczynka ta od urodzenia ma opuszczoną prawą powiekę górną, porażenie zewnętrznego prostego mięśnia prawego oka, oraz znaczne osłabienie górnego prostego i dolnego skośnego. Inne ruchy gałki ocznej prawej zachowane. Lewa gałka oczna normalna. Żrenice równe, oddziałują prawidłowo. Od paru tygodni ruchy płasawicze w prawej połowie ciała; podczas tych ruchów prawa powieka unosi się ku górze, gdy dowolnie chora tego ruchu prawie że wykonać nie może.

W dyskusji FLATAU zaznaczał, iż zapewne część komórek, odnoszących się do tej grupy w jądrze nerwu okoruchowego, która unosi powiekę, w danym przypadku ocalała.

HIGIER mówił o płasawicy, poprzedzającej porażenie połowicze, i o płasawicy po porażeniu połowiczem.

BREGMAN mówił o synergii w działaniu mięśnia unoszącego górną powiekę, i mięśnia, unoszącego gałkę ku górze, zalecał też w płasawicy preparaty salicylowe.

KOPCZYŃSKI podnosił ułożenie chorego dziecka do łóżka, jako podstawowe leczenie płasawicy.

7) ŁAPIŃSKI T. przedstawił przypadek psychozy historycznej.

O. szewc, lat 31, obarczony dziedzicznie, z natury skryty, obraźliwy, ulegał kilkakrotnie urazowi głowy, ostatnimi czasy zmartwił się brakiem roboty, przestał jadać. W grudniu r. z. umieszczony został w szpitalu Jana Bożego. Początkowo nie przyjmował pokarmów zupełnie, pytany nie odpowiadał, cały dzień leżał w łóżku. Stan taki trwał przeszło miesiąc. Badanie przedmiotowe wykazało brak odruchów ze spojówki, z gardzieli, kolanowych i czucia mięśniowego w palcach prawej stopy. Pole widzenia ograniczone. Przy zachowanych zdolnościach zapamiętywania, odtwarzania, rozpoznawania, uważania i kojarzenia wyobrażeń O. wypowiada najrozmaitsze idee hipochondryczne. Uderza suggestywność chorego, zmienność usposobienia. Mówca wobec tego rozpoznaje u danego chorego psychozę historyczną, a wobec braku odruchów kolanowych—powikłaną wiadem rdzenia.

Stanisław Kopczyński.

## Wiadomości bieżące.

— Numer niniejszy poświęcony jest prof. JULIANOWI KOSIŃSKIEMU, którego jubileusz działalności naukowej i lekarskiej obchodzony był dnia 30-go czerwca w Warszawskim Towarzystwie Lekarskim. Życiorys Jubilatą, skreślony przez dra FR. KIJEWSKIEGO, z portretem umieściliśmy w № 15-ym r. 1899 z okazji ustąpienia jego z katedry chirurgii, którą zaszczytnie i pożytecznie w ciągu lat 35-u prowadził.

— Dnia 23-go czerwca obchodził uroczystość 50-lecia działalności lekarskiej dr BOLESŁAW GEPNER, naczelny lekarz szpitala oftalmicznego. Na pamiątkę jubileuszu koledzy i uczniowie wybili medal pamiątkowy. Redakcja Gazety Lekarskiej szle Jubilatowi serdeczne życzenia dalszej owocnej i wielce pożytecznej pracy.

— Prof. JURASZ z Heidelbergu mianowany został profesorem laryngologii we Lwowie. Budowa kliniki rozpocznie się wkrótce, a do czasu wystawienia gmachu znakomity laryngolog wykładać będzie, posiłkując się materiałem ambulatoryjnym.

— Na XV Zjazd chirurgów polskich, odbyć się mający dnia 10-go i 11-go lipca r. b. w Krakowie, zgłoszono w dalszym ciągu następujące wykłady:

- 16) BRONISŁAW SZERSZYŃSKI [Warszawa]: O wpływie cholecystenterostomii na organizm. [Praca doświadczalna wykonana wspólnie z St. HUBICKIM].
- 17) ANTONI LEŚNIEWSKI [Warszawa]: W sprawie gruczołów przytarczycowych (*glandulae parathyreoideae*).
- 18) POSNER (Kraków): O *chorio-epithelioma malignum* (z dem. prep.).
- 19) Tenże: O skombinowanym znieczuleniu skopolaminą i tropakokainą.
- 20) FRIEDCHER [Kraków]: O równoczesnem pojawieniu się raka w żołądku i w jajnikach.
- 21) MORAWSKI [Kraków]: *Tuberculosis salpingum* [z dem. preparatów].
- 22) OWSIŃSKI [Kraków]: Włókniak cewki moczowej [z dem. prep.].
- 23) PRZYBYLSKI [Kraków]: Temat zastrzeżony.
- 24) BARĄCZ ROMAN [Lwów]: W sprawie leczenia promienicy.
- 25) Tenże: Przyczynek do chirurgicznego leczenia rwy kulszowej.
- 26) Tenże: Żebra szyjne a choroba RAYNAUD'a.
- 27) Tenże: O odjęciu kończyny przy ropowicy (*phlegmone*).
- 28) CHLUMSKY [Kraków]: O leczeniu gruźlicy kości i stawów.

Numer niniejszy wyszedł dnia 30-go b. m. W tym dniu wygłoszony został odczyt dra KIJEWSKIEGO o działalności nauczycielskiej i naukowej prof. KOSIŃSKIEGO.

---

Redaktor i Wydawca, Dr med. Jan Pruszyński.

Druk. K. Kowalewskiego, Warszawa, Mazowiecka 8.