

KRÓTKI POGLĄD

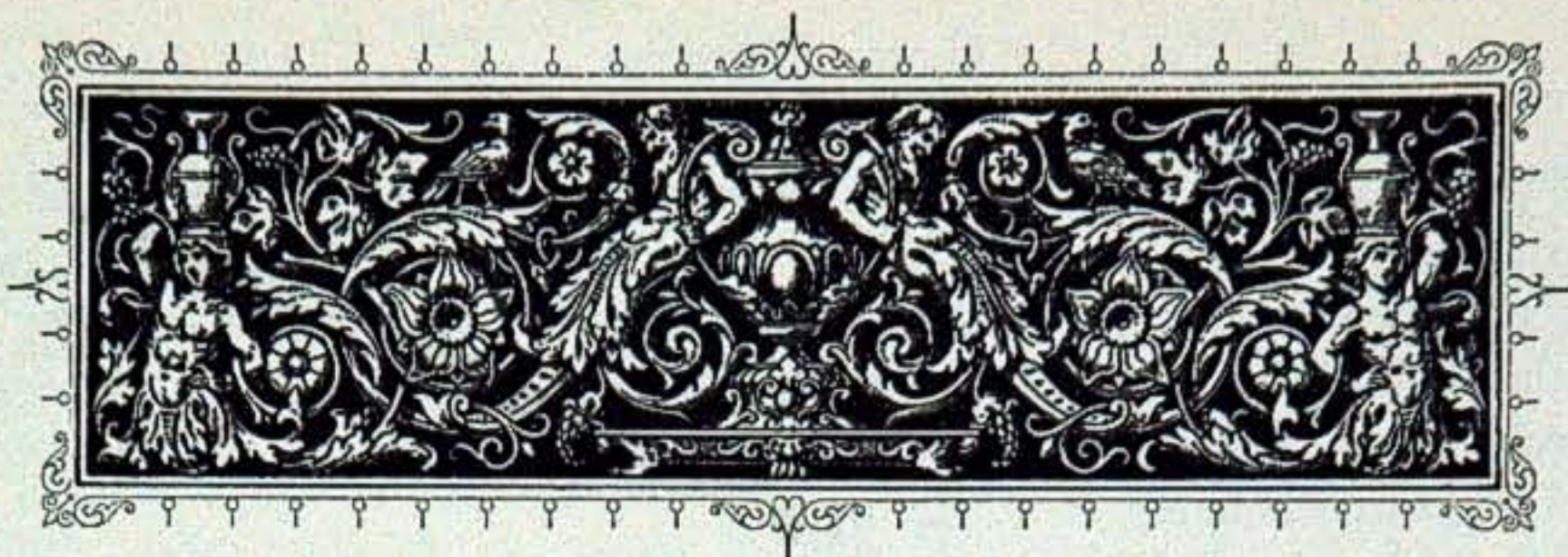
NA

**UDZIAŁ CHIRURGÓW POLSKICH W ROZWOJU NOWOCZESNEJ
CHIRURGII PRZEWODU POKARMOWEGO**

NAPISAŁ

LUDWIK RYDYGIER.





Narody o tyle mają prawo istnienia i zajmowania poczesnego stanowiska w szeregu innych, o ile przyczyniły się i przyczyniają się do postępu w pracy cywilizacyjnej wszechświata, o ile wykazać mogą pewien dobytek na tem polu, dowodzący ich zasług w postępie nauk i sztuki. Nie będzie więc od rzeczy, jeżeli właśnie w czasie tak uroczystym i świątecznym jubileuszowego obchodu pięćwiekowego istnienia najwyższej naszej instytucji naukowej wykazę, o ile uczeni nasi przyczynili się do postępu nauki choćby w jednym, ściśle zakreślonym kierunku. Obrąłem zaś sobie chirurgię przewodu pokarmowego raz dla tego, że tutaj postęp widzimy w ostatnich czasach najgwałtowniejszy, a powtóre, że udział w nim z naszej strony nie najpośledniejszy.

Rozpoczynamy chirurgią żołądka.

Wprawdzie już w dawnych czasach wykonano kilka operacyj na żołądku, jak gastrotomię celem wyjęcia ciał obcych i t. p., jednak chirurgia żołądka w szerszych rozmiarach rozwinąć się mogła dopiero w czasach anti- i aseptyki, kiedy to otwarcie jamy brzusznej jako takie przestało stanowić poważne niebezpieczeństwo dla życia człowieka.

Z dumą podnieść musimy, iż właśnie polskiej chirurgii należy się zaszczyt, że znakomicie i w pierwszym rzędzie przyczyniła się do rozwoju tej gałęzi medycyny. Nie dość, że po Péanie¹⁾ autor²⁾ tej rozprawki, jako

¹⁾ J. Péan, *Diagnostic et traitement des tumeurs de l'abdomen et du bassin*. Paris 188 p. 517 i n.

²⁾ Rydygier, *Wycięcie raka odźwiernika żołądkowego, śmierć w 12 godzinach*. Przegl. lek. 11. grudnia 1880 r., a po niemiecku *Dt. Zeitschrift f. Chirurgie*, 8. marca 1881 r.

drugi przed Billrothem¹⁾ wykonał wycięcie odźwiernika, ale tę sobie muszę przypisać zasługę, że kiedy Péan nie rokował przyszłości tej operacji, to ja przeciwnie zalecałem ją stanowczo i zaraz w pierwszej swej pracy powiedziałem dosłownie: »Z obserwacji tej nabraliśmy przekonania, iż operacja wycięcia odźwiernika ma niewątpliwą przyszłość. Nie trzeba się zrażać pierwszymi niepowodzeniami« (l. c. str. 638).

Co jeszcze ważniejsza, zaraz w tej pierwszej pracy podaję dokładnie sposób operowania, tak dokładnie, że Jalaguier w wybornym podręczniku Duplay'a i Reclus'a słusznie mógł powiedzieć: »L'opération de la pylorotomie comprend d'après Rydygier, qui le premier en a bien réglé la technique, cinq temps principaux, auxquels les chirurgiens, qui ont suivi, n'ont apporté que des modifications assez peu importantes«. »Operacja wycięcia odźwiernika obejmuje według Rydygiera, który pierwszy dobrze podał technikę, pięć aktów głównych, do których chirurdzy, którzy w jego ślady poszli, nie dodali, jak tylko modyfikacye dość mało znaczące« (str. 426).

Nie potrzebuję się dopraszać uznania mych zasług w tym względzie — nie, ja mam wszelkie prawo tego żądać, bo mam po swej stronie na dowód liczby i daty historyczne:

Rydygier operował pierwszy swój przypadek 16. listopada 1880 r., ogłosił go 11. grudnia 1880 r. (a po niemiecku już 8. marca 1881 r.).

Billroth operował 29. stycznia 1881 r., a ogłosił krótko swój przypadek 5. lutego 1881 r.; dokładniejszy opis pierwszych przypadków Billrotha podał Wölfler na początku maja 1881 r.

Tak samo co do techniki z datami historycznymi w rękę dowieść mogę, że t. zw. pierwszy sposób Billrotha, to mój sposób operowania. Tutaj już nawet o to nie chodzi, kto pierwszy tym sposobem operował, ale po prostu kilkakrotnie musiałem głos zabierać broniąc swego sposobu w niektórych szczegółach, zanim skłoniłem większość chirurgów, a pomiędzy nimi ku mojemu zadowoleniu i samego Billrotha, do przyjęcia mego sposobu operowania z małymi modyfikacyami. Niema więc stanowczo t. zw. pierwszego sposobu operowania Billrotha, a jest sposób wycięcia odźwiernika Rydygiera.. Dla mniej obeznanych z przebiegiem historycznym zaraz tego dowiodę:

Rydygier zaraz w pierwszym swoim przypadku (16. listopada 1880 r.) prowadzi cięcie w linii środkowej i cięcie to też zaraz w pierwszej swej rozprawce (11. grudnia 1880 r.) jako pierwszy akt operacji zaleca.

¹⁾ Billroth, *Offenes Schreiben an Herrn Dr. L. Wittelshöfer*. Wien, Med. Woch. 5. lutego 1881 i Wölfler, *Ueber die vom Herrn Prof. Billroth ausgeführten Resectionen des carcinomatösen Pylorus*. Wien 1881 na początku maja.

Billroth przeciwnie i w pierwszym swoim przypadku i w następnych używa cięcia poprzecznego lub skośnego, a Wölfler w swej pracy (l. c. str. 17) zaleca stanowczo jeszcze to cięcie jako najlepsze: »Der Schnitt über der Geschwulst ist dem in der Linea alba entschieden vorzuziehen«. Jeszcze w r. 1883 pisze Mikulicz w Przegl. Lek. str. 169, nr. 14: »Do otwarcia jamy brzusznej użyłem cięcia poprzecznego; zalety jego przytoczone już przez Wölflera, mianowicie łatwy dostęp do żołądka i dwunastnicy wydają mi się bardzo ważne, a nie widziałem nigdy żadnej szkodliwości takiego cięcia«. Trzeba było kilkakrotnego odezwania się z mej strony i dowodzenia, że zalety podawane na korzyść cięcia Billrotha nie istnieją, zanim powoli przyjęło się przezemnie zalecane cięcie w linii środkowej. Prawdziwą sprawiło mi przyjemność, że w końcu sam Billroth i jego szkoła przyjęli to cięcie jako I. akt wycięcia odźwiernika.

Jako drugi akt tej operacji ja opisuję zaraz w pierwszym swem ogłoszeniu (l. c. str. 638): »Wydobycie zrakowaciałego odźwiernika na zewnątrz, o ile można, i założenie kompresoryum elastycznego naszego pomysłu«. Wölfler pisze (l. c. str. 19): »Nach vollendeter Orientierung wird der Magen gegen den Wundspalt, so gut es geht, hervorgezogen i t. d.«. W dalszem postępowaniu przy oddzielaniu guza także w niczem się nie różnimy, aż dopiero po oddzieleniu guza ja zalecam zakładanie uciskadeł, a Wölfler uważa je za zbyt ciężkie i sądzi, że można nawet w czasie operacji po przecięciu żołądka treść z niego osobnymi gąbkami wymaczać, w razie gdyby przed operacją nie był się dał zupełnie wypróżnić (l. c. str. 21). Na ostatnie zdanie dziś nikt się nie zgodzi — pewnie i sam Wölfler nie, bo doświadczenie nas pouczyło, że takie postępowanie mogłoby być niebezpiecznem nawet przy największej ostrożności. Co do zakładania kompresoryów i ich użyteczności, to zdania są do dziś dnia podzielone. Ja pozostaję przy swoim zdaniu, że kompresoryum na żołądek założone znakomicie ułatwia operację; nie przeczę bynajmniej, żeby go nie można zastąpić rękami dobrze wyćwiczonego asystenta, — nie jest to jednak tak wygodne przy zakładaniu szwu, jak uciskadło: grube palce asystenta bardziej zawadzają na ścieśnionem polu operacyjnem, niż cienkie blaszki uciskadła.

Akt trzeci operacji stanowi wycięcie guza. Panuje zdanie, że tutaj najbardziej różni się Billroth odemnie, a pochodzi ono ztąd, że Wölfler opisując postępowanie Billrotha podał, w jakim kierunku przebiega jego cięcie; kiedy przeciwnie opisując moje postępowanie zaznaczył to, co ja wycinam. I tak wyszło, że Billroth przecina skośnie żołądek, a Rydygier wycina trójkąt u dołu. Tymczasem jeżeli się przyjrzymy bliżej rycinom z pierwszych moich ogłoszeń i rycinom umieszczonym w pracy Wölflera, to przekonamy się od razu, że cała różnica pomiędzy nami polega w tem, że Billroth przecina żołądek skośnie, a ja skośnie-kątowato z małym zała-

maniem linii tam, gdzie się ma zetknąć szew okrężny z szwem zamykającym zbyt szerokie światło żołądka, t. j. przy górnym brzegu dwunastnicy. Zasadniczej różnicy niema tu więc wcale. Dziś nawet nie zważam już wcale, w jakim kierunku przecinam żołądek, bo zaułek (Zipfel) u góry przy małej krzywiznie nie przeszkadza nigdy w czynności żołądka, a jedynie dbam o to, żeby przecinać dość daleko od nowotworu w zdrowych tkankach.

Akt IV. Nie pojmuję, z kąd się wzięło w niektórych podręcznikach twierdzenie, utrzymujące się jeszcze w najnowszych wydaniach mimo sprostowań z mej strony, jakoby ja zalecał przyszycie dwunastnicy do małej krzywizny żołądka, a Billroth do wielkiej. Jest to z wielką ujmą dla mojego sposobu. Tymczasem w rzeczywistości ja tylko w pierwszym swoim przypadku, a Billroth i w pierwszym i jeszcze w drugim swoim przypadku przyszył dwunastnicę do małej krzywizny (Wölfler l. c. str. 25). Ja jednak już 8. kwietnia 1881 r. na zjeździe chirurgów niemieckich mówiąc o swoim sposobie operowania pokazywałem preparaty, gdzie dwunastnica była przszyta do wielkiej krzywizny (zob. rycinę w *Langenbeck's Archiv.*, t. 26, str. 743) i od tego czasu zawsze dwunastnicę do wielkiej krzywizny przyszywałem i przyszywam; Wölfler o zmianie postępowania Billrotha w tym względzie ogłasza dopiero w maju 1881 r. i niestety nie wspomina ani słowem, że ja o tem już przed kilku tygodniami także mówiłem. Jeszcze raz więc stanowczo zaprzeczam, jakoby ja zalecał przyszywanie dwunastnicy do małej krzywizny i jakoby to było cechą mojego sposobu.

Wprowadzenie szwu kuśnierskiego na nowo do chirurgii a specjalnie jako szwu na żołądku i jelitach pozostanie moją zasługą. Z początku opierano się temu i kilkakrotnie musiałem zabierać głos, zanim mi się udało przekonać kolegów o zaletach tego szwu; dziś ogólnie został przyjęty; tak ogólnie, że prawie zapomniano, komu to zawdzięczać należy.

Nie tak ogólnie przyjęto jeszcze zalecany przezemnie katgut, jako materiał najodpowiedniejszy do szwów na żołądku i jelitach, jednak i tutaj liczba zwolenników uznających moje wywody przeciwko Billrothowi i po części jego uczniom powoli się zwiększa.

Tak samo znaczna część chirurgów przyjęła zaraz w pierwszym moim przypadku zastosowany 3. rząd szwów założony na błonę śluzową (l. c. str. 638), o którym i Wölfler znacznie później wspomina.

Mógłbym w obec kilka lat później przez Senn'a zalecanego przykrywania rzędu szwów siecią podnieść, że także w opisie mojego pierwszego przypadku znajduje się już ustęp: »Przykrycie okolicy szwu od przodu siecią wielką, którą kol. Dr. Wehr 2 szwami do żołądka przymocował, pokrywając w ten sposób przedni szereg szwów już założonych« (l. c. str. 638).

Tak więc stanowczo dowiodłem, że nie ma Billrotha pierwszego sposobu wycinania odźwiernika, a jestto przeciwnie mój pierwotny sposób ope-

rowania. Nie ubędzie Billrothowi sławy, gdy na podstawie dat wykazanych zadość uczyni się prawdzie historycznej. Nie zostanie tem nawet umniejszona zasługa Billrotha i jego uczniów około szybszego rozpowszechnienia tej operacji, jak operacyj na żołądku i jelitach w ogóle, gdyż niezaprzeczenie znakomite ich prace na to ze wszech miar zasługują.

Dr. W. Wehr, b. mój asystent, a obecny docent chirurgii naszego uniwersytetu, znakomicie przyczynił się do wydoskonalenia i ustalenia techniki operacyjnej wycinania odźwiernika doświadczeniami swemi na zwierzętach podjętymi pod moim kierunkiem jeszcze w prywatnej mej klinice w Chełmnie, a ogłoszonymi:

— Zur Operationstechnik bei Pylorus-Resectionen. (Centralblatt für Chirurgie 1881. Nr. 10.)

— Experimentelle Beiträge zur Operationstechnik bei Pylorus-Resectionen. (Dt. Zeitschrift für Chirurgie. Bd. 17. 1882).

— O resekcji odźwiernika. (Pamiętnik Tow. lek. warszawskiego 1882. T. 78).

W pracach tych podaje Wehr prócz innych cennych wskazówek przede wszystkim, w jaki sposób można łatwo i najodpowiedniej wyrównać światło zeszyć się mających nierównych odcinków żołądka i dwunastnicy, a więc i nierównej szerokości odcinków jelita w ogóle. Zaleca on mianowicie skośne, owalne lub kątowne przecięcie węższego odcinka. Sposób ten daleko później od Wehra zalecał Madelung, a mimo to Niemcy zwykle wymieniają niesłusznie Madelunga, jako wynalazcę tego sposobu. — Zasługa należy się w tym względzie niewątpliwie Wehrowi; ogłosił on ten sposób już 12. marca 1881 r. (w Ctrbl. f. Chir.), a Madelung dopiero 1882 i sam przyznaje w rozprawce swej: Ueber circuläre Darmnaht (Lgbeck'a Ach. t. 27): »Wehr in Culm hat Mitte Maerz d. J. (also vor mir) in einer vorläufigen Mittheilung diese selbige schrägovaläre Schnittführung anempfohlen«.

Dalej podaje Wehr opis swego uciskadła zmieniając uciskadło Rydygięra w ten sposób, że drugą blaszkę zastępuje podwójnie długim sączkiem gumowym, którego koniec z łatwością w napięciu przymocowuje w rozszepionym końcu pierwszej blaszki.

Zresztą zajmuje się Wehr w swych pracach szczegółowo każdym aktem operacji wykazując na podstawie licznych swych i pouczających doświadczeń, w jaki sposób postępować należy i w czem mianowicie postępowanie Rydygięra zasługuje na pierwszeństwo przed postępowaniem Billrotha w tych częściach, gdzie się różnią.

Zasługą moją pozostanie też, że pierwszy podałem i dokładnie określiłem wskazania do wycinania żołądka, wskazania, które się do dziś dnia utrzymały mimo zaczepki z niektórych stron bardzo ostro przeciwko nim skierowanych. Już w kwietniu 1881 r. na Zjeździe chirurgów niem. w Berlinie powiedziałem,

że prócz raka uważałbym także wrzód żołądka i powstające po nim bliznowate zwężenia za wskazanie do resekcji (Ueber Magenresection mit Demonstration von Präparaten. Lg b c k' a, Archiv. t. 26. zesz. 3.); w listopadzie 1881 r. wykonałem pierwszą tego rodzaju operację i opisałem ją w Berl. klin. Woch. 1882 r. nr. 3: »Die erste Magenresection beim Magengeschwür«. Na Zjeździe chirurgów niem. w 1882 r. miałem to zadowolenie, że sam Billroth i inni oświadczyli się za tem wskazaniem, podobnie jak Leube, wielki znawca cierpień żołądkowych na innem miejscu za tem przemawiał. Z podaniem gastro-euterostomii zakres tego wskazania się zmniejszył.

Jako dalsze wskazania do wycinania żołądka postawiłem krwotoki z wrzodu żołądka, nie dające się zatamować innymi środkami i przedziurawienie żołądka przez wrzód. I te wskazania służyły już w praktyce za podstawę do operacji, n. p. Mikuliczowi (O laparotomii w przypadkach przedziurawienia żołądka i jelita. Przegl. lek. 1885 r.), który powiada, że »z chirurgów jedynie Kuh i Rydygier zalecali dotychczas (1885 r.) laparotomię w obec przebicia żołądka przez wrzód okrągły«. — Mógł być Mikulicz powiedzieć odwrotnie Rydygier i Kuh, bo ja daleko wcześniej takie postępowanie zalecałem.

Mikulicz w ogóle znaczne ma zasługi około postępu i wydoskonalenia operacji na żołądku. Uwzględnię naturalnie tutaj, gdzie chodzi o wykazanie zasług polskiej chirurgii, przeważnie tylko — jak w ogóle, jego polskie prace. Prócz powyżej już zacytowanej pracy ogłosił Mikulicz w r. 1883: Resekcja odźwiernika z powodu raka. Wyleczenie. Uwagi nad pewnym objawem raka żołądkowego, za pomocą gastroskopu spostrzegać się dającym. (Przegl. Lek.). W tej pracy wspomina o swoim gastroskopie. Były nadzieje, że narzędzie to znakomicie się przyczyni do wczesnego rozpoznawania raka żołądkowego, niestety jak dotychczas, nadzieje te się nie ziściły i gastroskop nie znalazł rozleglejszego zastosowania.

Mikulicz też podał po Heineke'm sposób operowania przy zwężeniu odźwiernika, zwany gastroplastyką Heineke-Mikulicza, który polega na tem, że się nacina zwężone miejsce w kierunku osi podłużnej żołądka, a zeszywa się poprzecznie, przez co następuje znakomite rozszerzenie światła.

Obaliński w pracy »O niespodziankach po gastroenterostomii« (Now. lek. 539) wykazuje na swoim przypadku ważność odszukania początku jelita cienkiego przy tej operacji, żeby przypadkiem nie przyszyć zbyt niskiego końca do żołądka i tym sposobem nie wykluczyć za wiele jelita i nie sprowadzić przez to zagłodzenia chorego.

Razem z Obalińskim cały szereg innych chirurgów polskich bierze udział w rozpowszechnieniu nowożytnych tych operacji przez częste dyskusye w towarzystwach lekarskich i na zjazdach; wymieniam Kosińskiego, Matla-

kowskiego, Trzebickiego, Schramma, Ziembickiego, Szteynera, Schattauera, Szumana, Barącz, Kadera i w. i.

Barącz starał się wyjednać szersze uznanie sposobowi amerykańsko-angielskiemu, opisując to postępowanie z literatury angielskiej, a nawet podając modyfikacje własnego pomysłu.

Kader podał bardzo zmyślny sposób własnego pomysłu gastrostomii, za pomocą którego przeszkadza się wypływowi potraw z otwartego żołądka — sposób według mego zdania lepszy aniżeli Witzla.

Nie mało też przyczynili się nasi Interniści do przyjęcia się omawianych operacyj, badając ważne z tyłu względów zachowanie się mechanizmu i chemizmu żołądka po wykonanych operacjach.

Jaworski jeden z pierwszych badania takie ogłosił wykonane ze znaną u niego skrupulatnością: Rydygier L. i Jaworski, »Przypadek gastroenterostomii z badaniem zachowania się czynności jelit i żołądka po wyzdrowieniu«. (Przeł. Lek. 1889) i Obaliński A. i Jaworski W., »Przypadek resekcji odźwiernika rakowato zwyrodniałego, oraz spostrzeżenia nad czynnością żołądka po wyzdrowieniu z tej operacji«. (Now. Lek. 1889). — Cała praca i cała zasługa tych mozolnych badań przynajmniej w moim przypadku należy się całkowicie Jaworskiemu, gdyż to on je wykonał, a mój był tylko przypadek operowany; na inne ogłoszenie Jaworski jednak niechciał się zgodzić mimo mego przedstawienia.

Podobne badania przedsiębrali Korczyński w swej klinice, Dunin, Surzycki, Mintz i w. i., a obecnie w tutejszej klinice na wielkie rozmiary Gluziński i Rencki.

Mógłbym z dawniejszych prac jeszcze liczny szereg pracowników polskich wykazać, którzy zasłużyli się około chirurgii żołądka w dawniejszych czasach; podaje spis ich prac tak skrzętnie zebranych »Wykaz oryginalnych prac lekarskich polskich«, dokąd ciekawych odsyłam.

Przystępujemy teraz do chirurgii jelit:

Niema prawie kwestyi w tym dziale chirurgii, którąby chirurdzy nasi nie byli się zajmowali, którąby pracami swemi i swoim doświadczeniem nie byli się starali wyjaśnić i naprzód posunąć. Co więcej, mało jest chirurgów polskich, którzyby nie byli zabierali głosu w tym przedmiocie, — niektórzy po kilka razy. Dostyc powiedzieć, że w pilnym i nad wyraz pożytecznym »Wykazie oryginalnych prac lekarskich« znajdujemy do roku 1890 wymienionych 317 prac autorów polskich, a pomiędzy nimi Bierkowski już w roku 1832. (Długotrwałe uwięznięcie kiły, uleczone odprowadzeniem. Roczn. klin. chir. Un. Jag.). Le Brun w 1837 i t. d. pisali na tem polu. — To też nie sposób, żebym w krótkim tym poglądzie choć najpobieżniej wszystkie te prace mógł uwzględnić, choć przyznaję, że jest w nich wiele myśli poważnych, przyczyniających się bez wątpienia do szybszego wyrobienia się stałych zapa-

trywać, do wyjaśnienia dokładniejszego niektórych wątpliwości; zwrócę uwagę głównie na te prace, które według mego zdania w znaczniejszym stopniu do postępu chirurgii jelit się przyczyniły. Z góry przepraszam, jeżeli miałbym któremu z autorów krzywdę wyrządzić, co się przy tak wielkiej liczbie prac i zawsze bądź co bądź indywidualnem pojęciu mniejszej lub większej ważności pracy łatwo wydarzyć może. Starąłem się zawsze zapoznać z literaturą naszą i obecnie nie mało temu pracy poświęciłem, ale trudną — nawet wprost niemożliwą jest teraz na nowo wszystkie te prace choćby pobieżnie przeczytać.

Szuman już w r. 1881 zaleca na podstawie swego doświadczenia wykonanie laparotomii w przypadkach niedrożności jelit: »Cięcie ścian brzusznych w celu chirurgicznego wyleczenia zamknięcia światła kiszki. Wyzdrowienie. (Gaz. Lek.).

J. Kosiński podaje w roku 1875 szew własnego pomysłu założony na kiszkę przypadkowo zranioną podczas herniotomii. (Zob. Prot. pos. T. L. W.).

Prócz tego zabiera on głos na podstawie swego bardzo wielkiego doświadczenia osobistego prawie we wszystkich kwestjach chirurgii jelit zajmujących nas w ostatnich latach. Wymieniam z jego prac prócz powyższej: »Uwięzienie kiszek wewnętrzne«. (Prot. pos. T. L. W. 1873). — »Przyczynę do chirurgicznego leczenia ropnego zapalenia otrzewny i niedrożności jelit«. (Med. 1888). — »Przepuklina udowa uwięziona, operacja, śmierć wskutek ostrego zapalenia otrzewnej«. (Pam. T. L. W. 1871). — »Trzy przypadki częściowego wycięcia kiszki«. (Med. 1885). — »Sześć przypadków wycięcia i zeszczenia jelita. Serya II.« (Med. 1888).

Rydygier pracami doświadczałnymi i podaniem kilku nowych sposobów operacyjnych przyczynił się do postępu chirurgii w tym dziale, a w pracach klinicznych zabierał nieraz głos celem rozstrzygnięcia panujących wątpliwości co do wskazania i wyboru sposobów operacyjnych.

W pracach doświadczałnych: »O wycinaniu okręgowem kawałków jelita z następnem zeszczeniem obu odcinków, [Enterorrhaphia]. (Przegl. lek. 1881) i po niemiecku w Berl. kl. Woch. 1881; dalej »Ciekawy wypadek dwukrotnego wycięcia kawałków jelita; wyzdrowienie; kilka uwag o technice operacyjnej na podstawie nowo podjętych doświadczeń«. (Przegl. lek. 1882) i także po niemiecku w Berl. kl. Woch. starałem się o wydoskonalenie techniki operacyjnej wtenczas wcale jeszcze niewyrobytej i zdaje mi się nie bez skutku.

Przedewszystkiem tym pracom i następnym klinicznym zawdzięczać należy, że powoli ogólnie prawie na nowo do chirurgii wprowadzony został szew kuśnierski jako najlepszy szew jelitowy. Z jaką trudnością to się udało i ile pracy i perswazyi do tego było trzeba, dziś prawie już nikt nie pamięta, a najlepszym tego dowodem, że sam od razu nie śmiałem zalecać, żeby oba rzędy szwu Czernego zakładać na sposób szwu kuśnierskiego. Nie mogłem się wyzwolić z pod ogólnie panującej obawy, że kuśnierski jest mniej pewny,

niż szew węzełkowy, mianowicie z tej przyczyny, że jeżeli na jednym miejscu się przerwie, to cały albo prawie cały szew się rozejdzie. Trzeba było dopiero sobie uprzytomnić to, co Simon swego czasu o pęcherzu powiedział, zachęcając do szerokiego okrwawienia brzegów przetok, że czy przez małą dziurę, czy przez wielką wypłynie wszystek mocz, a w każdym razie otwór powstający po rozejściu się jednego szwu węzełkowego aż nadto wystarcza do przepuszczenia dostatecznej ilości treści jelitowej, ażeby zakazić jamę otrzewnową i wywołać zapalenie otrzewny zakaźne. Co gorsza, pomiędzy nie bardzo szczelnie założonymi szwami węzełkowymi może po znaczniejszem rozcięciu jelita powstać otworek, przez który wydobędzie się treść jelita i zakażenie nastąpi, co nigdy nie może zdarzyć się przy szwie kuśnierskim, który mając końce przymocowane, tem bardziej się wpije i tem mocniej i dokładniej przybliży brzegi do siebie, im bardziej jelito się rozedmie. Dodajmy do tego, że zakładając szew węzełkowy trzeba na jelicie jakie 20 węzełków zawiązać, kiedy przy szwie kuśnierskim potrzebujemy tego wszystkiego 3, a przyznamy, że w ten sposób zaoszczędzamy nie mało na czasie, co właśnie przy tej operacyi w obec otwartej jamy brzusznej wielkie ma znaczenie.

W tychże pracach eksperymentalnych wykazałem, że nie należy oddzielać krezki ani na kilka milimetrów po za linię, na której mamy przeciąć jelito, bo nastąpi zgorzel zeszytego miejsca. Zasada ta dziś została już ogólnie przyjętą.

Nieprzeciętą pętlę jelita możemy na dalszej lub krótszej przestrzeni od krezki oddzielać bez wywołania gangreny; zależy to od większej lub mniejszej odległości oddzielenia od ścian jelita. Jeżeli oddzielenie nastąpiło powyżej łuków, na które tętnice śródjelitowe się dzielą, natenczas można krezkę na dłuższej przestrzeni od nieprzeciętego jelita oddzielić. Różne klasy zwierząt różnie znoszą oddzielenie nieprzeciętego jelita od krezki. Prawie równocześnie ze mną ogłosił Madelung swe doświadczenia (Ueber circuläre Darmnaht und Darmresectionen. Verh. d. Dt. Ges. f. Chir. 1881), z tą jednak różnicą, że wszystkie swe doświadczenia dokonał na królikach — z wyjątkiem jednego — i na pętlach nieprzeciętych, co nie odpowiada stósunkom rzeczywistym przy resekcji jelit i co mu dało po części bałamucące wyniki, które przeniesione na ludzi, byłyby wprost błędne; Madelung otrzymał we wszystkich przypadkach zgorzel oddzielonej pętli, ja zaś widziałem, że u psów w nieprzeciętej, oddzielonej od krezki pętli zgorzel nie wystąpiła, jeżeli długość jej nie była zbyt wielka. Doświadczenia na ludziach potwierdziły moje eksperymenta; te same wyniki dały i inne eksperymenta podjęte później przez innych badaczy, a pomiędzy innymi w ostatnich czasach przez Kryńskiego (IX. Zjazd chirurgów polskich w Krakowie). W tem widzę wielką różnicę zasadniczą i większą doniosłość moich eksperymentów przed Madelungowskimi, — a zwykle je na równi stawiają.

W pracy »Zur Frage der Colongangrän nach Durchtrennung des Mesocolon bei Pylorusresection.« (Centr. f. Chir. 1885. Nr. 13) omawiam ze stanowiska tych swoich doświadczeń dyskutowane wtenczas pytanie, jak się zachowuje poprzecznicca, dla czego i kiedy odumrzeć może przy wycinaniu odźwiernika i sprawę tę wyjaśniam.

Sprawa niedrożności jelit kilkakrotnie mię zajmowała. W pracach »Przyczynek do chirurgicznego leczenia niedrożności jelit«. (Przegl. lek. 1887 a po niemiecku Lgbeck'a Arch. t. 36) i »O leczeniu wgłobień jelitowych«. (Med. 1885 a po niemiecku w Verh. d. Dt. Ges. f. Chir. t. 24.) zastanawiam się nad wskazaniem do operacyi, nad wyborem poszczególnych sposobów operowania, podaję na podstawie dokonanych eksperymentów dokładnie technikę wycięcia samej części wPOCHWIONEJ, którą to operacyę wykonywali już rozmaici chirurdzy przy specjalnych wskazaniach, — pomiędzy innymi z naszych Leszczyński, a ja ją zalecam w odpowiednich przypadkach i przy dokładnem wykonaniu jako operacyę wyboru. — Omawiając przewlekłe wgłobienia wskazuję na podstawie swoich przypadków i obcych, że odprowadzenie wgłobienia w takich razach udaje się nieraz po kilku tygodniach, a nawet miesiącach i zalecam takie postępowanie w odpowiednich przypadkach gorąco mimo opozycyi Königa. Dziś takie postępowanie ogólnie się przyjęło.

Nowe sposoby operowania w cierpieniach jelit podaję w pracach: »O nowej metodzie tymczasowego wypiłowania kości krzyżowo-ogonowej w celu swobodnego przystępu do narządów miednicy«. (Przegl. lek. 1852. a po niemiecku w Centr. f. Chir. 1893), dalej »O wytwarzaniu zwieracza stolcowego«. (Centr. f. Chir. 1894. Nr. 45.) i w »Zur Bildung eines schlussfähigen Sphincter«. (Tamże. Nr. 51).

O innych pracach swoich, zajmujących się więcej z klinicznego stanowiska rozmaitemi zagadnieniami z dziedziny chorób przewodu pokarmowego, jak appendicitis, zapalenie otrzewnej i t. d. specjalnie nie wspominam.

Obaliński główne swe zasługi jako badacz i pisarz położył właśnie na polu chirurgii jelit, a specjalnie licznemi klinicznemi rozprawami o niedrożności jelit przyczynił się do postępu nauki na tem polu. Rozporządzał on w tym dziale doświadczeniem klinicznym tak rozległym, jak może żaden z chirurgów ani polskich, ani obcych.

Prace jego na tem polu są:

— O laparotomiach wykonanych z powodu niedrożności jelit. (Przegl. lek. 1884.)

— Druga serya laparotomij, wykonanych z powodu niedrożności jelit. (Gaz. lek. 1885.)

— Rzadki przypadek powtórnej laparotomii z powodu niedrożności jelit. (Przegl. lek. 1885.)

— Trzecia serya laparotomij z powodu niedrożności jelit. (Przeg. lek. 1885.)

— O laparotomii, jako środka leczniczym w niedrożności jelit. (Przegl. lek. 1888. — To samo po niemiecku w *Lgbck'a*, Arch. t. 38).

— O wtórorzędnej, t. j. skutkiem zabiegów na otrzewnej powstającej niedrożności jelit. (Przegl. lek. 1889.)

— O laparotomii w niedrożności jelit wewnętrznej, na podstawie 110 własnych przypadków. 1893. (To samo po niemiecku w *Lgbck'a*, Arch. t. 48.)

W pilnych tych i nader pouczających pracach zajmuje się Obaliński nie tylko samą statystyką i oceną sposobów operowania i wskazaniem, ale przeważnie doniosłem nadzwyczaj zagadnieniem, w jaki sposób jak najwcześniej rozpoznać mechaniczną niedrożność jelit i odróżnić ją od czynnościowej, jaka n. p. występuje w przebiegu zapalenia jelit. Ze względu na wskazanie do operacji pytanie to nadzwyczaj ważne. Z prawdziwym zadowoleniem podnieść możemy, że i tu znowu polskiemu chirurgowi — mianowicie Obalińskiemu — zawdzięcza nauka ważny w tym względzie postęp, gdyż on pierwszy wskazał z naciskiem na ważność i znaczenie rozpoznawcze silnie występujących i wzmożonych ruchów robaczkowych w mechanicznej niedrożności jelit. Stanowczo później od niego zwrócił na ten sam objaw uwagę *Schlange*, asystent *Bergmanna*, mimo to nieraz znajdujemy jego wymienionego jako autora. Obaliński już 13. paźdz. 1888 r. (O laparotomii jako środka leczniczym w niedrożności jelit. Przegl. lek. str. 527) powiada dosłownie: »Wybitne cieniowanie się rozdętych jelit przez powłoki brzuszne powinno zwracać uwagę na to, że jest jakaś mechaniczna przeszkoda; objawu tego nie spostrzegamy najczęściej, jeżeli niedrożność jest funkcyjonalna«. (To samo po niemiecku w *Lgbck'a*, Arch. t. 38). Z większym jeszcze naciskiem o tymże objawie jako o objawie patognomicznym mówi w pracy »O wtórorzędnej t. j. skutkiem zabiegów na otrzewnej powstających niedrożności jelit«. (Przegl. lek. 1889. 16. lutego. Po niemiecku w *Berl. kl. Woch.* 1889). *Schlange* zaś dopiero na Zjeździe chir. niem. w Berlinie (23—27. kwietnia 1899 r.) mówił o tym objawie, a ogłoszenie jego przemówienia nastąpiło kilka miesięcy później. Nie ulega więc najmniejszej wątpliwości, że Obalińskiemu naszemu należy się pierwszeństwo, jak tego datami historycznymi niezbicie dowiodłem.

Inny objaw służący do wcześniejszego rozpoznania niedrożności mechanicznej jelit — mianowicie miejscowe wzdęcie, na które *Wahl* pierwszy zwrócił uwagę — opracował i wielkiego jego znaczenia rozpoznawczego dowiódł znowu polski chirurg *Kader* w znakomitej swej pracy eksperymentalnej »Ein experimenteller Beitrag zur Frage des localen Meteorismus bei Darmocclusion. Dorpat 1891«. Dysertacya doktorska.

Co do części leczniczej niedrożności jelit znajdujemy u Obalińskiego prócz innych cennych wskazówek terapeutycznych polecenie wycięcia *Sromani*, jako środka zapobiegającego radykalnie powtarzającym się skręceniom.

(O laparotomii w niedrożności jelit wewnętrznej, na podstawie 110 własnych przypadków).

W sprawie niedrożności jelit zabierali jeszcze inni liczni chirurdzy polscy głos, przyczyniając się znakomicie do wyświecenia tej zawilej kwestyi. Wspominam tylko prace następujące:

1. Lewiński, Volvulus, Laparotomia. Śmierć. (Spraw. ze szpit. w Opatowie. Gaz. lek. 1774).

2. Szeparowicz, O inkarceracyach wewnętrznych. (Przegl. lek. 1881).

3. Malinowski A., Niedrożność jelit u dziewczynki dziesięcioletniej. (Gaz. lek. 1883).

4. Matlakowski A., Occlusio tractus intestini. Nakłucie kiszki. Wlewanie hegarowskie. Wyzdrowienie. (Gaz. lek. 1883).

5. Matlakowski W., Pięć przypadków wycięcia kiszki. (Gaz. lek. 1883).

6. Schramm H., O laparotomii w niedrożności jelit. (Przegl. lek. 1884).

7. Schramm H., Laparotomia przy niedrożności jelit. (P. T. L. W. 1884). To samo po niemiecku w Lg bck'a, Arch. 1884).

8. Janiszewski F. A., Zawrót kiszek od 15 dni trwający. (Med. 1885).

9. Zagórski K., Niedrożność jelit spowodowana zrostami zapalnymi. (P. T. W. L. 1887).

10. Orłowski W., Okręcenie kiszki cienkiej, rozcięcie brzucha. (Gaz. lek. 1888).

11. Ziembicki G., Zwężenie kiszek, resekcya kiszki, przedziurawienie następcze bez gorączki i objawów następczych. (Przegl. lek. 1890).

12. Ziembicki G., Niedrożność kiszek spowodowana zadziergnięciem. Wycięcie 110 ctm. i wykluczenie 120 ctm. kiszki. (Przegl. lek. 1897).

13. Kowalski M., Wgłobienie jelita cienkiego w grube. (Przegl. lek. 1875).

14. Schützer S., Zagłoba wyleczona makowcem. (Przegl. lek. 1870).

15. Schattauer A., O dwóch laparotomiach z powodu wgłobienia jelit. (Wiad. lek. 1896).

16. Kniaziołucki i Schattauer, Wpochwienie kiszek. Laparotomia. (Przegl. lek. 1896).

17. Zielewicz I., Wpochwienie jelit. Opadnięcie macicy. Laparotomia. Śmierć. (Przegl. lek. 1887).

18. Rosenthal J., Wpochwienie jelita biodrowego, wycięcie jelit wpochwionych. Wyzdrowienie. (Gaz. lek. 1890).

19. Leszczyński, Przypadek przewlekłego wpochwienia kiszki, wyleczony drogą operacyjną. (P. T. W. L. 1890).

20. Majewski A., Przyczynek do leczenia wgłobień jelita. (Przegl. lek. 1894).

21. Gabszewicz A., Niedrożność jelita spowodowana torbielą krezki. (P. T. L. W. 1896).

22. Barącz R., W sprawie etiologii niedrożności jelit po resekcji i całkowitem wyłączeniu jelita grubego i ileocoeci. (Przegl. chir. 1897).

23. Sztayner W., Wycięcie kiszki zwężonej. (P. T. L. W. 1896).

24. Chrząszczewski W., Niedrożność przewodu pokarmowego. Laparotomia. Wyzdrowienie. Nawrót niedrożności z zejściem śmiertelnym. (Przegl. lek. 1897).

25. Oderfeld H., Przypadek wgłobienia jelit. Laparotomia. Wyzdrowienie. (Med. 1897).

26. Oderfeld H., O operacyjnym leczeniu wPOCHWIEŃ JELIT. Przyczynek do techniki operacyjnej. (Med. 1899. To samo po niem. w Cent. f. Cir. 1899).

W ciekawej swej pracy zaleca O. nowy sposób operowania wPOCHWIEŃ JELIT bardzo dobrze obmyślany i przypisuje mu »na skutek jego prostoty wielką wyższość przed metodą Barker-Rydygiera« a zaznaczając, że Matlakowski jest duchowym ojcem proponowanej przez niego metody, zaleca ją nazwać metodą Matlakowskiego. Nie tu miejsce sprzeczać się o wyższość jednego sposobu przed drugim. Sądzę, że odpowiednio do przypadku jeden lub drugi przydać się może.

27. Oderfeld H., O niedrożności jelit wskutek obecności w jamie brzusznej t. zw. diverticulum Meckelii. (Gaz. lek. 1891).

28. Solman, Skręcenie i zgorzel kiszki esowatej. Wycięcie. (Med. 1892).

29. Tenże, Przyczynek do kazuistyki i chirurgii niedrożności jelit. (Med. 1898).

30. Gabszewicz, Niedrożność jelita spowodowana torbielą krezki. (P. T. L. W. 1896).

Nie mniej liczny szereg prac polskich możemy także wykazać na polu nauki o przepuklinach. Już w r. 1832 pisze Bierkowski: »Długotrwałe uwięźnięcie kiły uleczone odprowadzeniem«. (Roczn. klin. chir. Un. Jag.). Później tenże, »Kiła siatkowa (epiplocele), przyrośnięta do powłoki jądra i sznurka nasiennego, oraz wyrodzenie się właściwej powłoki jądra w połączeniu z wodnicami (hydatides) znacznej wielkości«. (Roczn. kl. chir. Un. Jag. 1833). W r. 1837 pisze Janikowski o leczeniu przepukliny pachwinowej uwięzionej. Dalej piszą Szokalski W., »O kiłach tłuszczowych i o nagromadzeniach tłuszczu naśladowujących kiły«, (P. T. L. W. 1857); dalej Bryk, Bryk z Bylickim, Girsztowt, Groer, Korzeniowski, Minkiewicz, Pawlikowski, Gruell, Neugebauer, Le Brun, Przyborski K., Podgórski, Orłowski, Mintz T. i w. i.

W nowszych czasach Obaliński odznacza się niezwykle obfitym materiałem kazuistycznym. Oto jego ogłoszenia:

»Dwa przypadki przepuklin uwięźniętych. Resekcyja kiszki. Śmierć«. (Med. 1882).

»Szkice herniologiczne«. (Med. 1885).

»Jeszcze w sprawie pierwszorzędnej enterorafii po wycięciu pętli jelitowej zgorzelą dotkniętej«. (Przegl. lek. 1886).

»W sprawie doszczętnego leczenia przepuklin za pomocą metody Mac Ewena«. (Przegl. lek. 1888. — Po niem. w Intern. Rundschau 1889).

»Dalsze uwagi nad doszczętną operacją przepuklin metodą Mac Ewena«. (Przegl. lek. 1889).

Cały materiał Obalińskiego dotyczący pierwszorzędnej resekcji jelita uwięźniętego opracował bardzo pilnie i umiejętnie R. Urbanik, O wynikach pierwszorzędnej resekcji jelita zgorzelinowego w przepuklinach uwięźniętych. Zbiór prac wydany ku uczczeniu pamięci Prof. Dra A. Obalińskiego 1899.

C. Podgórski i M. Rutkowski dali zaś z Obalińskiego oddziału: Pogląd statystyczny na przepukliny, leczone w oddz. chir. szpitala św. Łazarza r. 1871 do r. 1892. Pam. oddz. chir. szpit. św. Łaz. w Krakowie 1893.

O przepuklinach pisali dalej w nowszych czasach prócz już wymienionych autorów:

Schramm, Enterorafia w dwóch przypadkach uwięźniętej przepukliny. (Przegl. lek. 1881).

Tenże, Resekcyja jelit u dzieci. 1891. (po niem. Resection brandiger Darmschlingen bei Kindern. 1882).

Tenże, Beitrag zur Lehre von den Nabelschnurbruechen. (W. med. W. 1899).

Braun, Resekcyja jelit zgorzelinowych uwięźniętych w przepuklinie. (Przegl. lek. 1896).

Wehr, Przedstawienie chorych i preparatów po wycięciu jelit zgorzelinowych. (Dzienn. V. Zjazdu lek. i przyr. pol. 1888).

Obtułowicz, Wypadnięcie pętli jelita cienkiego; wycięcie 69 cent. jelita. (Przegl. lek. 1888).

Barącz, Przyczynek do chirurgii jelit. Resekcyja znacznej części jelita w przypadku przepukliny uwięźniętej, zgorzelą dotkniętej. (Przegl. lek. 1896).

Tenże, O resekcji jelit w dwóch przypadkach przepuklin uwięźniętych i zgorzelą dotkniętych. (Przegl. lek. 1888).

Tenże, O radykalnej operacji przepuklin z uwzględnieniem kastracyi przy przepuklinach wrodzonych. (Przegl. lek. 1888).

Szuman L., Erfahrungen über Radicaloperationen grosser Leistenhernien bei kleinen Kindern. (Ter. Mon. 1894).

Sawicki, Odprowadzenie przepukliny za pomocą faradyzacyi na 4. dzień trwania jej uwięźnięcia. (Gaz. lek. 1888).

Sawicki B., O przepuklinie przedotrzewnowej. (Kron. lek. 1887).

Tenże, Obecny stan wiedzy o przepuklinie przedotrzewnowej (hernia properitonealis), przestworkowej czyli śródściennej (hernia interstitialis) i powierzchniowej (hernia superficialis). Pam. II. Zjazdu chir. polsk.

Jest to wyczerpująca i znakomita monografia trzech tych pokrewnych sobie rodzajów przepuklin, oparta na własnych spostrzeżeniach i pilnem studyum literackiem. Praca ta wyświeca wiele wątpliwych kwestyj i wykazuje niesłuszność rozróżniania trzech tych niby rodzajów przepuklin, które prawdziwie stanowią tylko jeden rodzaj. Autor proponuje nazwać tę przepuklinę przepukliną pachwinowo- względnie udowo-brzuszną.

Trzebicky, Przypadek przepukliny pachwinowo - przedotrzewnowej [hernia properitonealis]. (Przegl. lek. 1886).

Tenże, Przyczynek do wycięcia jelit w przypadkach przepuklin uległych zgorzeli. (Gaz. lek. 1887).

Tenże, Dodatkowy przyczynek do wycięcia jelita w przypadkach przepuklin uległych zgorzeli. (Gaz. lek. 1887).

Tenże, W sprawie przepuklin ściennych. (Przegl. lek. 1889).

Tenże, O doszczętnej operacji przepuklin pachwinowych. (Gaz. lek. 1899).

Tenże napisał bardzo cenną pracę eksperymentalną „Ile jelita cienkiego można resekować“. (Przegl. lek. 1894), w której do klinicznego doświadczenia w tej tak dla praktyki ważnej kwestyi dodaje wyniki z licznych doświadczeń na zwierzętach otrzymane.

Matlakowski W., Hernia cruralis parietalis sin. (P. T. L. W. 1892).

Tenże, Kilka uwag o zmianach zachodzących w jelicie zaciśniętem w przepuklinach uwiezionych. (Gaz. lek. 1896).

Tenże, Kilka spostrzeżeń przepuklin i uwagi nad niemi. (P. T. L. W. 1882).

Tenże, Przypadek przepukliny pachwinowo-przedotrzewnowej, herniotomia. Wyzdrowienie. Uwagi nad przepukliną pachwino-przedotrzewnową. (Gaz. Lek. 1883).

Jasiński, Kilka przypadków herniotomii. (P. T. L. W. 1880).

Gabszewicz A., O doszczętnem leczeniu wolnych przepuklin. (P. T. L. W. 1887 i 1888). — W pracy tej nader pilnej i gruntownej przedstawia autor na podstawie własnego doświadczenia i sumiennego studyum literatury całą sprawę z rozlicznemi jej zagadnieniami wyczerpująco. Dla tego też każdemu, kto się chce zapoznać z tą kwestyą zalecamy tę wyczerpującą rozprawę, którą z pewnością autor oddał nam ważną przysługę.

Tenże, Doszczętna operacya przepukliny sposobem Mac Ewena. (P. T. L. W. 1896).

Krajewski W., O doszczętnem leczeniu przepuklin niezaciśniętych metodą Mac Ewena. (Przegl. lek. 1888).

Tenże, Jeszcze kilka słów w kwestyi doszczętnego leczenia przepuklin metodą Mac Ewena. (Przegl. lek. 1889).

Świątecki, Przyczynek do kazuistyki herniologicznej. (Gaz. lek. 1893).

Stankiewicz W., Przepuklina pachwinowa uwięziona. (Med. 1882).

Leszczyński, Przypadek zranienia pęcherza moczowego przy herniotomii. (Gaz. lek. 1891).

Ciechomski, Niezwykły co do rokowania przypadek przepukliny pępkowej zaciśniętej. (Gaz. lek. 1893).

Wołkowicz M., Pomysły do nowych zabiegów chirurgicznych mające na celu zapobieganie i leczenie przepuklin brzusznych środkowych i obwisłego brzucha. (Gaz. lek. 1896). Jest to bardzo pilna i uwagi godna praca.

Tenże, Uwięzienie przepukliny pachwinowej. (Przegl. lek. 1883).

Tenże, Postępowanie przy przepuklinach zgorzelinowych. (Przegl. chir. 1897).

Tenże, Postępowanie przy przepuklinach zgorzelinowych. (Przegl. chir. III.).

Drobnik T., O radykalnej operacyi przepuklin. (Now. lek. 1893).

W pracy tej podaje autor używany przez siebie sposób radykalnego leczenia przepuklin, polegający na wytwarzaniu silnej blizny wzmacniającej ścianę brzuszną w okolicy kanału pachwinowego. U dzieci zaleca autor wstrzykiwanie 50% alkoholu w okolicę łuków bramy przepuklinowej, podobnie jak Schwalbe.

Tenże, O radykalnej operacyi przepuklin pachwinowych u dzieci. (Now. lek. 1896).

Tenże, Spostrzeżenia herniologiczne. (Now. lek. 1897).

Bohosiewicz T., Radicaloperation der freien Leistenhernien in der Armee. (W. med. Pr. 1897).

Link J., Zur Casuistik der Hernia inguino-properitonealis. (C. f. Chir. 1892).

Tenże, Eine neue Nahtmethode bei der Radicaloperation des Hernien ohne bleibend versenkte Nähte. (C. f. Chir. 1899).

Marcinkowski A., Przyczynek do nauki o przepuklinach ściany brzucha. (Med. 1899).

W sprawie obrażenia przewodu pokarmowego i przetok kałowych i odbytu sztucznego polscy uczeni zabierali bardzo często głos. Prócz już wymienionych autorów podaje tylko: Huzarskiego, Szalaya, Kaczorowskiego, Sopińskiego, Jaklińskiego, Kwiecińskiego, Zagórskiego, Goldflama, Krauzego, Łuckiego, Radeka, Berga, Neugebauera, Dobrzyckiego, Schützera,

Korzeniowskiego, Kowalskiego, Jastrzębskiego, Ciągłewicza, Orłowskiego, St. Ciechanowskiego, F. Kijewskiego i w. i., których prace z łatwością odszukać można, posługując się kilkakrotnie już wspomnianym a tak dokładnym »Wykazem oryginalnych prac lekarskich polskich«, oraz »Rocznikami medycyny krajowej Rogowicza« i »Przełgłdem piśmiennictwa polskiego w Pam. T. L. W.«.

Ważna kwestya całkowitego wyłączenia jelita prawie tylko polskimi pracami rozstrzygnięta została i doprowadzoną do pewnego zakończenia. Zasługę w tej mierze mają: Obaliński, Klecki i Barącz.

Na zakończenie wymieniam niektóre z ważniejszych prac polskich, odnoszących się do cierpień kiszki grubej i odbytu:

Bierkowski już w r. 1832 ogłosił: »Wyról kalafiorowata w okolicy otworu stolcowego«. (Roczn. Kl. chir. Un. Jag.), a Dworzaczek w r. 1841 pisze o uwięźnięciu w kiszce stolcowej kieliszka od wina. (P. T. L. W.). Le Brun w r. 1845 »o przetoce stolco-pachwinowej wrodzonej i utworzeniu otworu stolcowego w miejscu właściwym. (P. T. L. W.).

Z nowszych autorów wymieniam: Jaworowskiego, Minkiewicza, Dobrzyckiego, Matlakowskiego, Poznańskiego, Trzebickiego, Gwiazdomorskiego, Orłowskiego, Stankiewicza, Zdanowicza, Załozieckiego i w. i.

Mikulicz po polsku ogłosił »Wgłobienie i wypadnięcie [invaginatio et prolapsus] jelita grubego przez kiszkę stolcową; wycięcie kawałka jelita 76 ctm. długiego; wyleczenie«. (Gaz. lek. 1883). Autor zaleca dawno już wprawdzie znany, ale w ostatnich czasach mniej używany sposób: resekcję krwawą wypadniętego jelita i podaje dokładnie technikę. W tej samej sprawie zabiera głos Trzebicki, Wycięcie kawałka kiszki stolcowej wypadniętej przez otwór stolcowy. (Przełg. lek. 1884); Górski, O resekcji kiszki stolcowej z powodu jej wypadnięcia (Przełg. lek. 1887); Bogdanik, O resekcji odbytnicy w razie wypadnięcia tejże (Przełg. lek. 1889) i Krajewski W., O operacyjnem leczeniu wypadnięcia odbytnicy. (P. T. L. W. 1887).

Bogdanik w pracy swej »O leczeniu operacyjnem wypadniętej odbytnicy (Przełg. lek. chir. t. II.) zaleca nowy sposób rectopexyi, który ma wiele zalet przed innymi.

Ziembicki ogłasza po francusku: »Une nouvelle méthode pour la cure des fistules recto-urétrales« [Kongres chir. franc. 1889]. Tym sposobem wyleczył autor przypadek przetoki bardzo uporczywy.

Bossowski w bardzo ciekawej swej rozprawie zabiera głos na podstawie spostrzeganego i szczęśliwie przez siebie operowanego przypadku »W sprawie wrodzonych nieprawidłowości jelita esowatego u dzieci«. (Przełg. lek. 1899).

W sprawie tak często w ostatnich czasach omawianego zapalenia wyrostka robaczkowego zabierali polscy chirurdzy i interniści przy rozmaitych sposobnościach głos; ostatecznie całą tę kwestyę gruntownie opracowali na ostatnim (IX.) Zjeździe chirurgów polskich w Krakowie, gdzie prawie wszyscy tam obecni członkowie swoje zapatrywanie wypowiedzieli, jak Wehr, Barącz, Bogdanik, Bossowski, Schramm, Trzebicki, Kryński, Jaworski, Rutkowski i referent Rydygier.

Sądzę, że w krótkim tym przeglądzie udało mi się dowodnie wykazać, jak wielki i zaszczytny udział ma polska chirurgia w rozwoju nowoczesnej chirurgii przewodu pokarmowego. Ze słusznem zadowoleniem i dumą porównać możemy owoce naszych prac na tem polu, jak na tylu innych, z pracami narodów sąsiednich. Osiągnięte zdobycze niech nam będą zachętą do dalszej pracy, zdążającej do wspólnego nam wszystkim a wzniosłego celu: do przyczynienia chwały nauce ojczystej, celu, do którego tak znakomicie się przyczyniła ta prastara szkoła jagiellońska, której pięćwiekowy jubileusz w tym roku właśnie obchodzimy.

