

# Kronika Lekarska

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

---

---

*D. 15 grudnia 1905 r.*

Nowe ożywcze prądy tchnęły nowe życie w nasze społeczeństwo, zaczynamy mówić, ruszać się, a, co ważniejsza, ujawniać czyn świadomy, zaczynamy myśleć o zrzeszaniu się, tworzymy partie polityczne, stowarzyszenia zawodowe—zaczynamy żyć. Przejaw ten jest dla nas podwójnie sympatyczny, od początku naszej pracy społecznej ciągle nawoływaliśmy do tego: na łamach Kroniki powstał projekt Kasy zawodowej lekarskiej, na łamach Kroniki podnieśliśmy projekt Stowarzyszenia lekarskiego. Nie zawsze zamiarom naszym przyświecało powodzenie, Kasę zatwierdzono i rozwija się tak, że mimo niesprzyjających okoliczności posiada 40,000 rb. kapit., stowarzyszenie nie uzyskało sankcyi ministerjum, czekać należało sposobniejszej chwili.

Chwila nadeszła właśnie, posiew rzucony wówczas, przynosi dziś kłosy. I to plon nie lada, równocześnie bowiem powstały dwa zrzeszenia: związek lekarzy polskich oraz stowarzyszenie lekarzy polskich. Nie mieliśmy żadnego, mamy 2 stowarzyszenia.

Związek Lekarzy Polskich ogłosił już swój statut, wybrał zarząd i pod swe skrzydła pociągnął setkę lekarzy warszawskich, którzy przyjęli znaną z pism ogólnych „platformę“ związków rosyjskich ze zmianą tylko co do warunków politycznych Królestwa. Reprezentuje on w chwili obecnej opinię  $\frac{1}{8}$  ogółu lekarzy warszawskich i posiada odcień skrajnie radykalny.

Inaczej Stowarzyszenie Lekarzy. Postawiło ono na sztandarze swoim bezpartyjność. Założyciele rozumowali słusznie: oddzielny obywatela od lekarza, obywatel ma prawo mieć te lub owe przekonania i zapisać się do tej lub owej partyi. Jeżeli będzie utworzony związek lekarzy jednej partyi, nie zdołamy połączyć się nigdy, powstanie bowiem w ten sposób kilka związków: lekarzy-narodowców, lekarzy-demokratów postępowych, wreszcie lekarzy-socyalistów.

Związane poglądami partyjnymi związki te rzadko będą mogły iść zgodnie do apelu, jakim jest dobro kraju i naszego zawodu. Należy więc utworzyć jedno Stowarzyszenie i szukać pogodzenia poglądów nie na drodze politycznej, ale społecznej i zawodowej działalności, stworzyć związek wszystkich lekarzy polaków i na gruncie

bezprogramowości politycznej umożliwić przystąpienie do związku wszystkim.

Bo po za polityką, po za waśniami stronnictw w kraju naszym nagromadziło się tyle spraw pilnych, tyle kwestyi stoi odłogiem, że miejsca do pracy i pracy samej nie zbraknie nikomu, kto zabrać się zechce do niej.

Epoka dzisiejsza burzy, co dawne, co złe, co tamuje rozwój normalny, ale równolegle z burzeniem iść musi budowanie, inaczej padnie pod oskardem wszystko, a dachu nad głową nie stanie.

Stowarzyszenie właśnie powołane zostało do fukcyi budowniczego naszego gmachu społeczno-lekarskiego. Dzielać się na sekcye: naukowo-wychowawczą, etyczną i zawodową ma na celu odbudować to, co zburzono, dać możność młodzi lekarskiej kształcenia się w naukach, stworzyć spójnię etyczną, nie pozwalającą na wyłamywanie się lekarzy z pod kontroli ogółu, stworzyć szereg instytucyi samopomocy, które miałyby na oku stan moralny i materyalny pracowników naszego zawodu.

Tak pojęte Stowarzyszenie pod swój sztandar pracy społecznej musi powołać wszystkich lekarzy. Znalazło oddźwięk żywy, bo na wezwanie inicjatorów przybyło 400 lekarzy różnych przekonań i poparli usiłowania projektodawców, zawiązując bezzwłocznie stowarzyszenie, wybierając komisję organizacyjną i balotującą. Stowarzyszenie więc, a nie Związek będzie stanowić o opinii lekarzy, na razie warszawskich. Ono to dla przyczyn rozlicznych jest powołane do wyrażania opinii zbiorowej w kwestyach społecznych i etycznych.

A Związek? Związek jest zebraniem lekarzy pewnego odłamu, ściśle zespolonych z sobą ideą polityczną wspólną, ma prawo i obowiązek wypowiadać się w imieniu swoich członków i w tym charakterze przemawiać, reprezentować natomiast ani nastroju politycznego, ani przekonań społecznych całego grona lekarzy warszawskich nie może, gdyż platforma ich nie jest platformą wszystkich, ale pewnej części.

Rodzi się pytanie, czy obie te instytucje mogą istnieć obok siebie, czy złać się w przyszłości. Niewątpliwie, znaleźć trzeba drogę pośrednią. Do Związku Lekarzy nie zapiszą się wszyscy, do Stowarzyszenia wszyscy, Związkowi nie podobna odmawiać racyi bytu, jako związkowi politycznemu, ale w działalności społecznej musi iść ręka w rękę ze Stowarzyszeniem, ku czemu, zresztą, w ogłoszonym credo przeszkód nie widzę.

O ileby jednak na tym gruncie nie mogło dojść do zupełnego zlania się tych instytucyi—pogodzi je inna, której potrzebę odczuł i Związek i Stowarzyszenie, mówię o Izbie lekarskiej.

W maju r. b. podniosłem tę sprawę na posiedzeniu naszej redakcyi, otrzymałem polecenie opracowania ustawy. Dzięki kol. Ciechanowskiemu i Świącickiemu otrzymałem dane co do izb zagranicznych i, uzupełniając je odnośnie do warunków naszych, ułożyłem projekt, który do oceny przedstawiam czytelnikom.



Ogłaszam go publicznie dla tego, aby dyskusya nad nim objąć mogła szersze kregi, aby udostępnić go lekarzom, którzy w danej chwili nie należą, ani do Związku, ani do Stowarzyszenia, a którzy jednak będą zmuszeni należeć do izb lekarskich.

Statut Izby w nowych warunkach musi być zatwierdzony przez sejm, stanowić bowiem będzie *prawo*, ale już dziś można niektóre punkty włączyć do statutu Stowarzyszenia i powoli przygotować ogół lekarski do wprowadzenia Izby.

Mój projekt różni się od innych ustaw tem, że obok strony etycznej uwzględniam i sprawy ekonomiczne. Jest to u nas konieczne, żadne bowiem dotąd prawo nie zabezpiecza lekarza od wyzysku, żadne prawo nie ogranicza względem lekarza samowoli władz rządowych i samorządnych. Ztąd lekarz nie może się jako jednostka bronić skutecznie wobec wyzysku, ztąd lekarz pracuje w szpitalu darmo, w ambulatoryach darmo, w instytucjach dobroczynnych darmo. Z chwilą, gdy izba lekarska będzie miała prawo obsadzać sama szpitale, koleje, fabryki, sama zakładać odnośne instytucye lecznicze, samoobrona lekarzy od wyzysku będzie rozstrzygnięta, ustanie bagatelizacya pracy naszej.

Jeżeli myślę się, może w dyskusyi przekonam się o tem, dziś wobec tego, że wszystkie zawody występują o polepszenie warunków materyalnych, zdawało mi się na czasie danie lekarzom broni w rękę dla obrony interesów stanu, inaczej lekarz zostanie takim paryasem proletaryuszem, jak w Niemczech i Austryi.

*D-r J. Zawadzki.*

## I. PROJEKT STATUTU IZB LEKARSKICH dla Królestwa Polskiego.

### Przepisy ogólne.

§ 1. Izby lekarskie zakładają się w celu reprezentacyi stanu lekarskiego i jego interesów moralnych i materyalnych przed władzami i społeczeństwem. Izby są więc najwyższą instancją w rozsządaniu spraw, dotyczących stanu lekarskiego.

§ 2. Izby lekarskie mają prawo i obowiązek:

- a) utrzymywać listy członków;
- b) utrzymywać biuro pośrednictwa pracy dla lekarzy;
- c) biblioteki i czytelnie dla członków;
- d) pracownie naukowe;
- e) wydawać pisma lekarskie oraz wydawnictwa naukowe;
- f) określać wysokość należnych honoraryów lekarskich, zarówno od osób prywatnych, jak i za czynności sądowno-lekarskie;

- g) regulować wynagrodzenie lekarzy na kolejach, w fabrykach, instytucjach i t. p.
- h) podejmować się w charakterze związku odpowiedzialnego (artel) obsadzania posad odnośnych w szpitalach, na kolejach, fabrykach;
- i) zakładać w charakterze spółek spółdzielczych lecznice, domy zdrowia, różne rodzaje zakładów leczniczych w obrębie Królestwa Polskiego;
- j) rozstrzygać w ostatecznej instancji wszelkie spory między lekarzami;
- k) rozstrzygać w charakterze sądu polubownego spory między lekarzami oraz publicznością;
- l) wyjednywać u władz odnośnych odpowiednie prawa, niezbędne dla utrzymania stanu lekarskiego na odpowiednim poziomie materyalnym i moralnym;
- ł) komunikować władzom wyroki, zawieszające w czynnościach lekarskich lekarzy, należących do związku; wyrok taki może być zaskarżony do sądów ogólnych;
- m) urządzać peryodyczne zjazdy lekarzy-członków oraz delegatów izb poszczególnych w celu omawiania spraw zawodowych;
- n) urządzić kasę emerytalną dla lekarzy i zjednoczyć dotąd istniejące kasy zawodowe;
- o) uczestniczyć obowiązkowo w osobie delegatów w radzie zdrowia centralnej dla Królestwa i poszczególnych obwodów;
- p) wysyłać posłów na sejm krajowy i państwowy dla obrony interesów stanu lekarskiego.

§ 3. W tym celu do izb lekarskich należą wszyscy lekarze, zajmujący się praktyką lekarską z wyjątkiem lekarzy wojskowych, niezajmujących się praktyką lekarską.

*Uwaga 1.* Lekarz obowiązany jest zapisać się do izby lekarskiej najpóźniej w 3 miesiące po osiedleniu się w danej miejscowości.

*Uwaga 2.* Przy zmianie miejsca zamieszkania lekarz obowiązany jest zawiadomić jedynie tę izbę, w której obrębie zamieszkał.

*Uwaga 3.* Do izb lekarskich należą lekarze, posiadający prawo praktyki w obrębie państwa, a więc i kobiety lekarze.

§ 4. Członkowie izb lekarskich opłacają składkę roczną w kwocie niemniej rb. 5, w jednej lub kilku ratach, stosownie do uchwał walnego zebrania.

§ 5. Członkami Izb lekarskich nie mogą być:

- a) lekarze wojskowi, niezajmujący się praktyką lekarską;
- b) lekarze przez sądy pozbawieni praw;
- c) lekarze wykluczeni raz na zawsze wyrokiem sądu honorowego przy izbach lekarskich.

§ 6. Członkowie izb otrzymują karty legitymacyjne z podpisem prezesa i sekretarza odnośnych izb lekarskich; karty te służą jako legitymacya przed władzami.



§ 7. Izb lekarskich w gub. Król. Polskiego jest 5, mianowicie: w Warszawie dla gub. warszawskiej i plockiej, w Łomży dla g. łomżyńskiej i suwalskiej, w Lublinie dla gub. lubelskiej i siedleckiej, w Radomiu dla gub. radomskiej i kieleckiej, w Łodzi dla gub. piotrkowskiej i kaliskiej.

### Zarząd.

§ 8. Zarząd spoczywa w rękach: a) walnego zgromadzenia delegatów wszystkich izb, które zbiera się co rok w Warszawie lub kolejno w każdym z miast, posiadających izby lekarskie; b) Zarządu głównego, czyli izby lekarskiej centralnej z miejscem urzędowania w Warszawie, składającego się z wybranych w tymże celu przez delegatów na lat 3: prezesa, wiceprezesa, skarbnika, sekretarza oraz 2 członków.

§ 9. Każda izba składa się z 10 członków, wybieranych przez walne zgromadzenie wszystkich członków raz na 3 lata. Izba z pośród siebie wybiera prezesa, wiceprezesa, sekretarza i skarbnika oraz 2 delegatów do izby centralnej lekarskiej, prócz tego w każdym powiecie izba posiada delegata, wybranego przez członków izby. Delegaci powiatowi są organami wykonawczymi izby.

Prócz tego izba każda ma swój sąd honorowy, złożony z przewodniczącego i 5 członków, którzy w komplecie 3 sądzą, przewidziane ustawą, spory. Do sądu honorowego nie mogą być powoływani delegaci, ani członkowie zarządu izby i muszą być wybrani bezpośrednio przez walne zebrania członków izb.

Z delegatów sądów honorowych drogą losowania wybierają się na lat 3 członkowie sądu apelacyjnego, zasiadającego w Warszawie, do składu sądu tego nie należą sędziowie, którzy rozpatrywali sprawę w 1-szej instancji.

Zarząd centralny posyła 1 delegata do centralnej Izby lekarskiej w Państwie, o ile ta zostanie utworzoną.

§ 10. Pierwsze wybory zarządzają prezesi istniejących już Towarzystw lekarskich i oddziałów Warszawskiego Tow. higienicznego. Następne wybory zarządzane są przez prezesów izb poszczególnych.

§ 11. Zaraz po rozpisaniu wyborów do Sejmu Krajowego i Państwowego prezes Zarządu Izb rozpisuje wybory na posła na sejm i zwołuje zebranie wyborcze w Warszawie lub w jednym z miast, gdzie się izby znajdują, dla wyboru, określonej przez Sejm, liczby posłów. Posłowie zdają sprawę ze swych czynności przed wyborcami przynajmniej raz na rok na zebraniach ogólnych izb.

§ 12. Regulaminy co do czynności oddzielnych funkcyjaryszów izb układa prezydium każdej izby poszczególniej, regulaminy ogólne zjazd delegatów, poczem muszą być zatwierdzone przez zebranie ogólne wszystkich izb i wtedy stają się prawomocnymi,

**Fundusze.**

§ 13. Fundusze Izb lekarskich składają się:

- a) ze składek członków;
- b) z wpływów za odczyty, wydawnictwa i t. p.;
- c) z przedsiębiorstw, prowadzonych przez Izby;
- d) z zapisów, legatów, ofiar.

§ 14. Składki członków, wpływające do kas izb, stanowią własność danej izby z wyjątkiem kwoty oznaczonej na potrzeby ogólne wszystkich izb przez zjazdy delegatów.

§ 15. Funduszami zarządza skarbnik izby, kasa główna znajduje się w Warszawie pod zarządem skarbnika izby centralnej krajowej.

§ 16. Fundusze izb mogą być wydatkowane tylko na mocy budżetu, zatwierdzonego przez zebranie ogólne i na cele objęte statutem niniejszym, przedewszystkiem zaś na utrzymanie lokalu, czytelnicy i biur.

§ 17. Na zapomogi dla członków, fundusz emerytalny, fundusz dla wdów przeznaczają się wpływy z pozycji b, c i d § 13, oraz fundusze kas specjalnych, o ile te zechcą poddać się zarządowi izby.

*Uwaga.* Opracowaniem kasy emerytalnej dla lekarzy, wdów i sierot zajmie się i wyjedna zatwierdzenie w Sejmie pierwszy zjazd delegatów izb w Warszawie.

§ 18. Działając w charakterze spółek spółdzielczych, izba lekarska przyjmuje na siebie wszelkie zobowiązania prawne ze spółki płynące i żąda od członków swoich odpowiednich gwarancyi materialnych, eksploatacyja zatem przedsiębiorstw nastąpić może tylko za zgodą wszystkich członków izby. Straty nie mogą być pokrywane z funduszy izby (a, b, c i d § 13), część zaś zysków może być przelewana na fundusz emerytalny lekarzy.

---



## II. ZMIANY ANATOMO-PATOLOGICZNE w łożysku eklamptyczek.

Według przemówienia w d. 23-II. r. b. w Sekcji ginekologicznej Warszawskiego  
Towarzystwa Lekarskiego.

NAPISAL

D-r Józef Jaworski.

Badania nad zmianami patologicznymi najrozmaitszych narządów przy drgawkach porodowych bywają przedsiębrane bardzo często i przyznać wypada, że zmiany te, szczególnie w nerkach, wątrobie, mózgu, w płucach (zator naczyń płucnych olbrzymami łożyskowemi), są opracowane bardzo dokładnie i starannie.

Inaczej się sprawa przedstawiała, nawet do czasów ostatnich, odnośnie łożyska.

Pomimo tego, że łożysko jest narządem, w którym odbywają się ważne i złożone sprawy przemiany materii pomiędzy płodem a matką, w stosunku do innych narządów względnie rzadko przeprowadzano nad niem przy drgawkach porodowych badania anatomo-patologiczne.

Nie będzie przesadzonem zdanie, że patologia łożyska oczekuje jeszcze wogóle wielu omówień i uzupełnień, a w szczególności—zmiany w łożysku eklamptyczek.

Zapatrywania i poglądy co do zmian w łożyskach eklamptyczek, różnią się nieraz bardzo, z tego powodu uważam za właściwe podać wyniki badania anatomo-patologicznego tych łożysk eklamptyczek, które miałem możność ściślej zbadać.

Ogółem tylko *jédenaście* łożysk eklamptyczek miałem możność dokładniej makroskopowo zbadać, a w *dwu* przypadkach,

oprócz badania gołym okiem, przeprowadzone zostało i badanie mikroskopowe.

We wszystkich przypadkach tych makroskopowo stwierdzić można było liczne i wyraźne infarkty, w postaci różnej wielkości ognisk białawych, przy przekroju trzeszczących, pod nożem twardych.

W trzech przypadkach łożyska były w stanie silnego obrzęku, przepełnione krwią, a tkanka ich była nader mięką, i łatwo dającą się rozrywać.

Jezeliby za wykładnik ciężkości zachorowań uważać ilość napadów drgawek, to cyfry moje w ten sposób się przedstawiają: w czterech przypadkach było po sześć napadów; w pięciu, po cztery; w jednym — dziewięć, a w jednym — jedenaście.

Z jedenastu tych kobiet—sześć było pierworódek.

U pięciu drgawki wystąpiły przed porodem; u trzech podczas porodu; u trzech po porodzie.

U wszystkich chorych tych w moczu stwierdzić można było białko, które, najczęściej, wkrótce po ustaniu napadów, stopniowo znikало. U paru chorych w osadzie znajdowały się i wałeczki.

Przedewszystkiem więc w łożyskach eklamptyczek, które obserwowałem, stale znajdowałem, w mniejszej lub większej ilości infarkty.

Na sprawę powstawania wogóle infarktów w łożysku istnieją różne zapatrywania. Gdy jedni (Guicciardi, Ulezko-Stroganowa) uważają białe infarkty w łożysku za zjawisko omal fizyologiczne, inni (Wiedow, Wippermann, Veit etc.), przeciwnie, widzą w nich stan patologiczny narządu tego.

Wiedow na podstawie zbadania sześciu łożysk kobiet, u których stwierdzono białkomocz, wyprowadza wniosek, że istnieje bardzo ścisły związek pomiędzy zapaleniem nerek, a zmianami anatomicznymi w łożysku, polegającymi na tworzeniu się białych infarktów.



Na dużym materiale opiera swe wnioski w sprawie tej Wippermann.

Na 34 przypadków, w których, stwierdzono zapalenie nerek, a w liczbie tej, w 4-ch przypadkach bardzo ciężkie, tylko w 9-ciu przypadkach, zakończonych śmiercią, nie udało się makroskopowo wykryć w łożyskach infarktów. We wszystkich innych, t. j. w reszcie, 25-ciu przypadkach, znajdowały się infarkty.

Następnie, z tych przypadków zapalenia nerek, w 13-tu wystąpiły drgawki porodowe.

Otóż, w 11-tu przypadkach, na 13-cie, makroskopowo stwierdzono w łożyskach infarkty.

Już z tych zestawień prac różnych autorów, a w tej liczbie i zestawień moich, najoczywiściej wynika, że t. zw. białe infarkty nie są wyłączną właściwością łożysk eklamptyczek, w każdym jednak razie bardzo często się w łożyskach przy drgawkach porodowych znajdują.

Rozpatrując powstawanie infarktów w łożysku, nie można nie wziąć pod uwagę i najnowszej teorii J. Veit'a, o tak zwanem „Verschleppung”<sup>1)</sup>, inaczej deportacji składowych części kosmówki do naczyń krwionośnych. Veit, jak wiadomo, uważa, że następstwem tej deportacji bywa między innymi: powstawanie polipa łożyskowego, przyrośnięcie łożyska (w pewnych przypadkach), tworzenie się łożyska rozsianego (placenta dissencinata), a tembardziej infarkty łożyskowe.

Nie bez znaczenia dla kwestyi tej jest pogląd i Favr'a, według którego białe infarkty w łożyskach eklamptyczek są wynikiem wtargnięcia do łożysk drobnoustrojów z jamy macicy, której błona śluzowa uległa częściowemu schorzeniu jeszcze przed ciążą.

---

1) Szczegóły patrz: J. Jaworski. Przenoszenie składowych części kosmówki do krwiobiegu matki, oraz znaczenie tej sprawy. Kronika lekarska, 1904.

Przechodząc do wyników badania mikroskopowego łożyska eklamptyczek w moich dwu przypadkach, zaznaczam, że odnośne preparaty z obu łożysk, dostarczonych do Pracowni Warszawskiego Towarzystwa lekarskiego, przygotowane były w tej pracowni, przyczem, z jednego przypadku, osobiście, przez prof. H. Hoyer'a. Preparaty te, nasamprzód przedstawiłem prof. Przewoskiemu i innym kolegom, w uniwersyteckiej pracowni anatomo-patologicznej zajmującym się, a następnie, na posiedzeniu w d. 23-II. r. b. sekcji ginekologicznej Warsz. Tow. Lekarskiego.

Na preparatach mikroskopowych z obu łożysk, widać jednakowe zmiany, prawie takie same obrazy.

Zmiany te polegają na: bardzo rozszerzonej zgorzeli, obejmującej całe działki łożyska, albo ograniczonej do oddzielnych kosmków, a nawet do ich części; nadto, na preparatach z jednego przypadku widać—wylewy krwi w stanie rozkładu i już dużo włókniaka.

Następnie, rozszerzenie, miejscami bardzo znaczne, naczyń kosmków i przepelnienie ich krwią. Oprócz tego—wyraźna hyperplazja syncytium, która obejmuje, rozszerza się, na całe syncytium, okalające kosmek. Ta hyperplazja występuje także w postaci oddzielnych zgrubień syncytium.

W ogromnej większości przypadków źródłem zgorzeli kosmków, rep. całych działek łożyska, bywa zachorowywanie naczyń płodowych, przebiegające pod postacią, opisanego przez niektórych autorów, np. Ackermann'a, periarteritis.

Bywa i inne źródło zgorzeli, a są nim zaburzenia w odżywianiu syncytium. Mianowicie, miejscami do syncytium przylega krzepnąca krew, pozbawiając go tem samym odżywiania i, wogóle, prawidłowej przemiany materii, wskutek czego syncytium ulega zgorzeli, która przechodzi i na cały kosmek.

Zgorzel, zarówno oddzielnych kosmków, jak i całych działek łożyska, warunkowana zaburzeniami w odżywianiu syncytium, bardzo często występuje w łożyskach eklamptyczek.

Te zmiany anatomo-patologiczne, obok przepelnienia,



krwią rozszerzonych naczyń kosmków, obok wybitnej hyperplazji syncytium, stanowią najczęstszy i najbardziej charakterystyczny obraz mikroskopowy, jaki widzimy w łożyskach eklamptyczek.

### III. ODCINEK.

## ZAPISKI DO DZIEJÓW SZPITALNICTWA W DAWNEJ POLSCE.

ZEBRAŁ

Fr. GIEDROYĆ.

(*Ciąg dalszy*).

W opisie Warszawy z r. 1796 (Przewodn. naukowy i liter. 1876) czytamy o szpitalu Dzieciątka Jezus: „Ma własnego lekarza, nazywa się on Filipecki, odwiedza chorych trzy razy tygodniowo, lecz nie bierze żadnego wynagrodzenia; płatny zaś chirurg Kozicki odwiedza chorych codziennie.”

Teresa z Lanckorońskich Ossolińska, zakładając w r. 1797 szpital w Ciechanowcu, przeznaczyła osobny fundusz na utrzymanie jednego felczera.

W aktach szpitala św. Łazarza w Warszawie figuruje płaca „doktorowi” już w latach 1674—1675; w r. 1762 przyjęty na członka do Bractwa Miłosierdzia doktor Ritsch „deklaruje czasami chorych nawiedzać i jeżeli mieć będą dostateczną kurację, obserwować;” we dwa zaś lata później tenże Ritsch wystąpił z propozycją, aby mu Bractwo wydzierżawiło dom „przed Zamkiem z temi dokładami: 1-mo, iż lubo więcej płacić nie będzie z kieszeni swojej, tylko jak dotąd płacono, to jest corocznie po złp. 1224, lecz innemi sposobami znaczną uczyni auctią przyspasabiając materialia niektóre, do kuracyi chorych potrzebne, które dotąd w aptekach corocznie niemało kosztowały. Et pro 2-do, że sam pan Rytz kuracye chorych odprawiać będzie bez żadnej dla siebie zapłaty, na czem znacznie umniejszy się wydatku dotąd na cyrulików i kuracye ery-

gowanego; ac pro 3-io, iż od zostających w tym szpitalu, a bardziej od tych, którzy chorych oddawać do szpitala będą, starać się będzie o jałmużnę, co także profit przynieść może." Bractwo uznało propozycje Ritscha za korzystne dla siebie, zwłaszcza pod względem materyalnym i postanowiło zawrzeć z nim umowę.

W ustawie, ogłoszonej drukiem w r. 1728 dla szpitali, będących pod opieką Bonifratrów, znajdujemy osobny „*Rozdział 34. Sposób nawiedzania chorych z lekarzem i cyrulikiem.* Lekarz i cyrulik będzie nawiedzać chorych tym sposobem: skoro lekarz przyjdzie, zaraz mają zadzwonić, aby słyhać było w całej niemocnicy i szpitalu; infirmarz i aptekarz wpisują rzetelnie w swą księgę, cokolwiek lekarz rozkaże, i co do którego z nich powołania należy, nietylko co do jadła i napoju, ale też co do lekarstw i opatrzenia będzie należało. Infirmarz przestrzega lekarza, aby nawiedzając chore ubogie, utwierdzał je, słuchając pilnie i łaskawie wypytując się o każdą rzecz, żadnego z nich nie mijając. Potem pójdą do furty, jeśli nie będzie tam chorego do przyjęcia, który się przyjmie, jeśli się będzie zdało lekarzowi.” (d. c. n.)

## Pierwszy kongres chirurgiczny międzynarodowy

(W BRUKSELLI).

skreślił

**Aleksander Zawadzki (Warszawa).**

(*Dokończenie.*)

Keen. (Filadelfia). Badanie krwi winno zająć miejsce równorzędne z badaniem ciepłoty i radiografią (np. spadek ilości glikogenu przy raku).

2. Haematopexia wewnątrz i zewnątrz naczyniowa (pierwsza, gwałtowna w końcu przebiegu gorączki durowej, objaśnia częstosć zgorzeli, druga normalnie zjawia się w ciągu 2 do 3 minut, opóźnienie wzbudza obawę krwotoku pooperacyjnego).

3. Kryoskopia nie daje nic dla rokowania.

4. Iodoflia ułatwia różniczkowanie między gośćcem i zapaleniem szpiku kostnego, gruźlicą i zwykłym ropieniem, ilościowo nie ma żadnego znaczenia. Daje na równi z leukocytozą dane dla



rokowania przy zapaleniu otrzewny, ropieniu przy zabiegach aseptycznych.

5. Spadek ilości hemoglobiny do 40% wyklucza możliwość usypiania.

6. Leukocytoza świadczy nietylko o zakażeniu, świadczy również o odczynie ustroju. Brak zwiększonej leukocytozy przemawia za ropniem otorbionym.

7. Eozynofilia jest prawie pewnym wskaźnikiem żółtej trychnosis, wzbudza podejrzenie obecności bąblowca.

8. Przy sprawach chorobowych brzusznych: zapaleniach wyrostka robaczkowego, gorączce durowej, zaparciach, rakach, badanie leukocytozy daje cenne wskazówki, ułatwia różniczkowanie między zapaleniem wyrostka robaczkowego i zwykłą kolką.

Oritz de la Torre (Madryt). Mówi ogólnikowo o znaczeniu badania krwi dla chirurgii.

Peugniez (Amiens) z powodu dwóch przypadków splenektomii zaznacza, że krew wzięta z brzuszca palca, jest obfitsza w wielojądrowe leukocyty. Rouffart (Bruksella). Przy sprawach niezapalnych krew reaguje głównie z powodu białaczki (mięśniak, bezgnilne poronienie, polip). Zakażenie popołożowe pomimo prac Carton'a i Lemoine'a nie ma wzoru wskazującego moment potrzeby wycięcia macicy.

Legend (Aleksandrya). Z pomiędzy 32 ropni wątroby — 14-tu towarzyszyła leukocytoza od 16—32000. Cyfry te są większe od podawanych przez Tuffier. Hyperleukocytoza jest zwykłym towarzyszem ropni wątroby.

Gross (Nancy). W ciągu dwóch dni po operacji w moczu jest zwiększona ilość azotu, pochodzącego przeważnie z zasad ksantynowych i kwasu moczowego, — jest to wynik rozpadu białych ciałek krwi. Hyperleukocytoza jest odczynem silnego ustroju, skutecznie walczącego z chorobą. Mała leukocytoza jest wskazówką słabej infekcji lub niemocy ciężko poranionego ustroju.

## 2. Leczenie przerostu stercza.

I. Rydygier (Lwów). Operację należy wykonywać wczesnie dla uniknięcia późniejszych powikłań. Autor zaleca swój sposób, który nie pozostawia przetok moczowych, daje szybkie wyzdrowienie i nie upośledza czynności płciowych. W przypadku przerostu środkowego płata, jeżeli przyczep jest wązki, usuwa go się z boku. Operacja Freyer'a (nadłonowa) jest wskazana, gdy cystoskop pokazał przerost tylko płata środkowego. W przypadku kamieni wykonywamy uprzednio kruszenie, a w razie potrzeby mamy przez

nacięciu cewki zapewnione sączkowanie. Radioterapia daje wyniki niepewne. Złośliwe guzy usuwamy drogą nadłonową lub kroczoową.

II. M. Harrison (Londyn). 1) Cewnikowanie wykonywane przez chorego lub lekarza, jeżeli nie przedstawia trudności, jest sposobem najlepszym, przy zachowaniu aseptyki.

2. Operacyjne zabiegi są wskazane, gdy: a) cewnikowanie jest bolesne, b) potrzeba oddawania moczu zbyt częsta, c) nawroty kamieni pomimo powtórnych kruszeń, d) występuje krwiomocz, e) bywa sen zakłócony, f) występują objawy zapalenia pęcherza i zatrucia moczowego.

3. Droga operacyjna kroczoowa nie zyskała uznania w Anglii; korzyść, jaka z niej ma wynikać dla możliwości coeundi jest problematyczna, bo całkowite wycięcie zawsze daje impotencję, a częstość przetok przemawia przeciw temu sposobowi.

4. Wyjęcie stercza po przez pęcherz według sposobu Freyer'a jest najodpowiedniejsze w większości przypadków: operację wykonać można w parę minut (sam to mogłem stwierdzić w St. Peter-shospital w Londynie; operował Freyer, (przyp. sprawozd.) bez obawy krwotoku.

5. Wyzdrowienie daje się osiągnąć bardzo łatwo, jeżeli zakładamy do pęcherza szeroki sączek, po przez ranę nadłonową.

6. Częściowe nadłonowe wycięcie sterczu jest niedostateczne i częstokroć zachodzi potrzeba powtórnej operacji.

7. Wyluszczenie za pomocą palca, zaprojektowane pierwotnie przez M. Gill'a, znalazło zastosowanie w sposobie Freyer'a.

8. Śmiertelność przy obydwu sposobach wynosi około 10%.

9. Wykastrowanie lub wycięcie sznurka nasiennego daje częstokroć dobre wyniki, nawroty jednak są częste.

III. Rovsing (Kopenhaga). 1. Zabiegi Bier'a i Bottini'ego należy zarzucić.

2. Nie należy walczyć z przerostem stercza, lecz z zaburzeniami, towarzyszącymi temuż przerostowi: 80% Ludzi z przerostem sterczu nie miewa żadnych dolegliwości, dla tego też cewnikowanie pozostanie zawsze najodpowiedniejszym leczeniem, wyleczyć jednak tą drogą retentionem nie można.

3. Jeżeli mięśnie pęcherza są w stanie zaniku, wyluszczenie sterczu nie wyleczy — pozostaje cewnikowanie, a w razie wielkiego przerostu — przetoka nadłonowa. Tam gdzie, mięśnie są dobre, należy operować:

a) wycięcie sznurków nasiennych jest wskazane w przero-



ście mięszzowym, przeciwwskazane w — sklerotycznym lub przy przeroście płata środkowego. Na 70 własnych spostrzeżeń 60% wyzdrowień, 30% polepszeń, 10% bez dobrego wyniku, zawsze potentia coëundi zachowana;

b) wycięcie sterczu częściowe wykonywa mówca w przypadkach zatrzymania moczu z powodu przerostu środkowego płata, jeżeli pęcherz nie jest zbyt zakażony, a wiek chorego nie daje przeciwwskazania.

Mówca zawsze stosuje cięcie nadłonowe.

c) całkowite wyłuszczenie sposobem Freyer'a w przypadkach podejrzanych o zwyrodnienie rakowe lub mięsakowe i w przypadkach krwotoku lub ropnia;

d) zespolenie pęcherza nadłonowe, gdy vasectomia nie daje wyniku, gdy pęcherz zakażony wymaga stałego sączkowania, gdy wycięcie stercza należy odłożyć na później z powodu niebezpieczeństwa i w końcu, gdy przy porażeniu pęcherza cewnikowanie jest trudne i bolesne.

Na 50 operowanych przypadków mówca stracił 2 chorych z powodu zapalenia płuc (chloroform).

4. W większości przypadków należy stosować częściowe wycięcie stercza drogą nadłonową.

5. Droga nadłonowa jest bezpieczniejszą od kroczonej ze względu na obawę zranienia cewki, kiszki stolcowej i zakażenia.

**Dyskusya.** IV. Hartmann (Paryż). Z pomiędzy 658 ludzi z przerostem stercza operował tylko 58. Jest za całkowitem wyjęciem sterczu drogą nadłonową, śmiertelność 9%, wynik czynnościowy doskonały.

V. Carlier (Lille). Operuje drogą kroczoową tylko w przypadkach przeciwwskazania dla drogi nadłonowej.

VI. Demosthen (Bukareszt). Opowiada o przypadku operowanym z powodu retentionis, zrobił sposobem Poncet'a nadłonową przetokę.

VII. Freudenberg (Berlin) daje bardzo ponętną statystykę zabiegu Bottini'ego (152 przypadki).

VIII. M. Verhoogen (Bruksella). Stercz, wypełniający pęcherz (cystoskopia) operuje drogą nadłonową, wypuklający się ku kiszce stolcowej (obmacywanie) — kroczoową; w tym przypadku w położeniu (Depage'a) na brzuchu. Wyjęcie doszczętne; operował 45 przypadków.

IX. Legen (Paryż). Jest za całkowitem wyjmowaniem stercza, szczególnie przy przewlekłych całkowitych zatrzymaniach mo-

czu. Drogą nadłonową idzie tylko przy małym sterczu i przy wielkiej otyłości.

X. Klapp. Przemawia za lędźwiowem przy tych operacjach znieczuleniem.

XI. Kummel (Hamburg). Zaleca drogę nadłonową z natychmiastowem zaszcyciem pęcherza. Dla drogi kroczonej stosuje lędźwiowe znieczulanie za pomocą stovainy. Sposób Bottini'ego i kastracya częstokroć dawały mu dobre wyniki.

XII. Albarran (Paryż). Stosuje całkowite wycięcie drogą kroczonej nawet dla stercza wypuklającego się do jamy pęcherza.

XIII. Jaffé (Poznań). Stosuje sposób Bottini'ego przy bolesnych cierpieniach stercza ze skurczami zwieracza, po za tem zaleca operowanie drogą nadłonową.

XIV. Giordano (Wenecya). Przemawia za stosowaniem dawnych sposobów, później przejście do Bottini'ego, a dopiero w ostateczności operuje drogą kroczonej, najkrótszą i dogodną do sączkowania.

XV. Delageniére (Le Mans). Zaleca drogę nadłonową, sączkuje przez krocze, zakłada sączek do pęcherza komornem.

XVI. Frank (Berlin). Przychyła się do zdania Kummel'a, idzie drogą nadłonową.

### **Rozpoznanie chirurgicznych cierpień nerek.**

Na wniosek p. Giordano zebranie uchwała przejście do dyskusyi bez wysłuchania prac referentów.

1. Bary (Paryż). Podnosi wartość dawnych sposobów klinicznych.

2. M. Legen (Paryż). Mniejszą wagę przypisuje badaniu klinicznemu. Rozdzielanie wewnątrz - pęcherzowe stoi niżej od cewnikowania moczowodów, daje jednak wyniki dostateczne dla podęcia wycięcia nerki.

3. M. Rapsammer (Wiedeń). Zaznacza dominujące stanowisko cewnikowania moczowodów, szczególnie przy stosowaniu florydzyiny i określaniu ilości cukru na czas.

4. Hannecart (Bruksella). Jest zwolennikiem radiografii przy rozpoznawaniu kamieni nerkowych: na 39 badań w 14 otrzymał dobre wyniki, częstokroć stojące w sprzeczności z rozpoznaniem klinicznym.

5. Hartmann (Paryż). Trzeba opierać się na wywiadach, które częstokroć okazują się dostatecznymi dla postawienia rozpoznania, gdyż badanie fizykalne go stwierdza.



Obmacywanie jest sposobem badania bardzo ważnym (wysokie położenie miednicy dla stwierdzenia guzów jamy brzusznej).

Opukiwanie daje również cenne wskazówki (po nadęciu kieszek). Dobrą jest radiografia, gdy daje wskazówki pozytywne, nie ma znaczenia, gdy ich nie daje. Dane kryoskopii krwi obce są mówcy, natomiast wydzielanie sinku metylenowego daje pewne wskazówki. Cewnikowanie moczowodów wobec doskonałych wyników rozdzielania pęcherza jest zbyt cenne. Mówca używa rozdzielacza swojego asystenta Luys'a, na pół godziny przed badaniem chory otrzymuje 0,01 sinku metylenowego pod skórę, mocz podlega badaniu: na siłę zabarwienia, na chemiczne własności oraz drobnowidzowemu i na drobnoustroje. Rozdzielacz daje możliwość sposobu określenia wydzielania się moczu do pęcherza, czego cewniki moczowodowe, otwierając ujście moczowodów, nie dają.

Te łatwe zabiegi dają możliwość każdemu chirurgowi podejmowania operacji nerkowych bez obawy złego wyniku wskutek niedomogi nerkowej.

### 3. Zabiegi chirurgiczne wobec cierpień żołądka nierakowatych

Monprofit. 1. Cierpienia żołądka, nie poddające się uporczywie leczeniu wewnętrznemu są uleczalne na drodze chirurgicznej.

2. Większość tych zachorowań zostaje wyleczona pręcej i praktyczniej za pomocą operacji, niż za pomocą środków wewnętrznych.

3. Błędem jest uważać zaleganie pokarmów w żołądku i wychudnienie za jedyne wskazówki operacyjne — to są wskazania niezaprzeczenie ważne, należy jednak występować czynnie już w początkowych bólach, pierwszych walkach żołądka, które staczają jego mięśnie ze zwężonym lub zwężającym się oddźwiernikiem. Zwalczając należy pierwsze oznaki nieznacznych owrzodzeń lub niedostatecznego opróżniania się żołądka.

4. Zabieg stosowany w przeważnej ilości tych cierpień nosi miano zespolenia jelitowo-żołądkowego, inne zabiegi: wycięcie, przytroczenie, sfałdowanie itp. są wskazane w innych przypadkach.

5. Najlepsze wyniki daje zespolenie Y sposobem Roux z rozmaitemi odmianami.

6. Zespolenie najlepiej wykonywać za pomocą szwu.

7. Złe wyniki zespoleniu mają swoje źródło w wadliwym wykonaniu, np. w bocznym zespoleniu lub w źle wykonanym zespoleniu według dobrego wzoru, w tym przypadku powtórne zespolenie dobrze wykonane, odrazu przynosi chorym ulgę.

8. Zabieg, wykonany wcześniej, częstokroć zabezpiecza chorego przed złośliwym zwyrodnieniem owrzodzenia.

W. A. Mago Robson. Opiera swój referat na 500 operowanych przez siebie przypadkach i wielkiej liczbie cierpień żołądka nie operowanych, w każdym przypadku stawia wskazania operacyjne i w każdym rozpatruje porównawczo wyniki leczenia wewnętrznego i chirurgicznego. Bada osobliwie wrzody żołądka i powikłania ich, żołądek dwudzielny, rozstrzeń żołądka, zwężenie wpustu, ostrą rostrzeń i pooperacyjną, opad żołądka, przerost żołądka, ropówkę żołądka, wrodzone przerostowe zwężenie wpustu, urazy i oparzenia, nadmierne wydzielanie się kwasu solnego i nerwobóle przewlekłe. Autor bada późniejsze wyniki rozmaitych zabiegów i z tego względu praca jego jest ciekawą.

1. Śmiertelność po operacji zespalania jelitowo-żołądkowego jest bardzo nieznaczna: 1% na 97 przypadków w praktyce prywatnej, wogóle 3,7%.

2. Po dobrze wykonanym zabiegu nie bywa ani wymiotów, ani circulus vitiosus.

3. Późniejsze wyniki po zespoleniu w przypadkach rozstrzeni żołądka z powodu przeszkody u wpustu są znakomite, rozstrzeń atoniczna nie daje dobrych wyników.

4. Przy krwawych wymiotach i owrzodzeniach zespolenie, dając odpoczynek żołądkowi i dwunastnicy, doprowadza do szybkiego wyzdrowienia.

5. W leczeniu przewlekłych owrzodzeń zespolenie daje 92% wyzdrowień, ponieważ jednak długotrwała ta choroba jest powodem wzrostów około żołądkowych, przeto chorzy i po operacji winni prowadzić tryb życia umiarkowany.

6. Plastyka oddźwiernika daje częstokroć natychmiastowe doskonałe wyniki, ze względu jednak na nawroty nie nadaje się w przypadkach owrzodzeń; zapewne zastosowanie mieć będzie w przypadkach zwężeń skurczowych albo wrodzonego przerostu wypustu.

Zabieg Lorety (Pylorodrosis) zwykle wymaga powtórnej interwencji, zbyt jednak niedawno jest stosowany, by można coś wnioskować.

7. Lekarzowi nie wolno leczyć takich chorych całe lata i miesiące lekarami, oraz utracić czas odpowiedni do wykonania operacji, która powraca pacjentowi zdrowie szybko i bez niebezpieczeństwa. Takie długotrwałe leczenie wycieńcza siły chorego, piętrzy trudności podczas operacji i powiększa szanse złośliwego zwyrod-



nienia. Śmiertelność nieoperowanych owrzodzeń żołądka dosięga 25 proc.

8. Mówca oddaje pierwszeństwo zespoleniu jelitowo-żołądkowemu, radzi zespałać możliwie najniższe miejsce tylnej powierzchni żołądka, pozostawiać jak można najmniejszą odległość między zespoleniem jelitowym i jelitowo-dwunastnicowym. Szew radzi wykonywać na kółku z kości odwapnionej.

Rotgans, na zasadzie swoich 76 spostrzeżeń mówi o owrzodzeniach żołądka:

1. Leczenie owrzodzeń żołądka może być tylko objawowe miejscowe; przyczyna ich do tej pory nie jest wiadoma, wewnętrznymi środkami w większości przypadków zawodzi; chirurg może zacząć działać dopiero wobec jawnego wrzodu żołądka, wyniki odpowiedniego leczenia wewnętrznego są dobre i nic nie uprawnia chirurga do podejmowania zabiegu przed ujawnieniem wrzodu.

Śmiertelność na 76 operacyi, wykonanych u 68 chorych,  $5\frac{1}{3}\%$  (4 śmierci). Wyniki późniejsze: 7 niewyleczonych, 2 zmarło ostatecznie z powodu przypadłości żołądkowych, zupełnie wyzdrowiało 54, wieści nie otrzymano o jednym chorym.

*Wskazania operacyjne:*

- |                     |   |  |
|---------------------|---|--|
| Operacja konieczna. | } | I. 1. Zaburzenia ruchowe natury mechanicznej.  |
|                     |   | 2. Zaburzenia ruchowe natury dynamicznej.  |
|                     |   | II. 1. Ostre i długotrwałe bóle.   |
|                     |   | 2. Guz podejrzany o rakowate zwyrodnienie.   |
|                     |   | 3. Krwawienie długotrwałe i powtarzające się.  |
| Operacja pożądana.  | } | 4. Przedziurawienie.   |
|                     |   | 5. Wyciężczenie lub stałe nawroty.   |
|                     |   | III. Obawa lub obecność rakowat. zwyrodnienia.   |
|                     |   | 1. Zaburzenia natury dynamicznej, gdy dotknięty jest tylko żołądek (wyłącznie opad żołądka). |
|                     |   | II. Przewlekłe owrzodzenia, odporne na leczenie wewnętrzne.                                  |

Uprawn. { W przypadku grozy śmierci z powodu krwotoku

Mówca przemawia za zespalaniem jelitowo-żołądkowem przedkiszkowym przedniem  $\Psi$  Wölfler'a.

4. Mattoli:

1. Opad żołądka: zespolenie jelitowo-żołądkowe jest lepsze od przyszycia żołądka.

2. Zwiężenie wypustu: a) wrodzone — zespolenie tylne; b) bliźnowate: zespolenie lepsze od plastyki wypustu lub wycięcia; c) gruźlicze—zespolenie; d) syfilityczne—zespolenie; e) wskutek ucisku: przy-

szycie wątroby i zespolenie; f) wskutek guzów dobrotliwych — wycięcie.

3. Skurcz wypustu — zabieg Lorety w przypadku szczeliny wypustu; zespolenie jelitowo lub dwunastnicowo-żołądkowe, wyjątkowo zespolenie jelitowe.

4. Wrzód okrągły zespolenie.

5. Dwudzielny żołądek — zespolenie.

6. Zapalenia około-żołądkowe, zapalenie żołądka z owrzodzeniami, rozstrzeń żołądka, ciężka dyspepsja — zespolenie.

7. Skręt żołądka — wyprostowanie.

V. Eiselsberg.

1. Ciała obce wielkie — cięcie żołądka.

2. Urazy: 1) przedziurawienia — szew.

2) oparzenia z bliznami — stosownie do przypadku.

W przypadku takiego zwiężenia wpustu i wypustu mówca zrobił: 1) zespolenie jelita; 2) w kilka tygodni potem zespolenie żołądka i odtłynie zgłębnikowanie wpustu; 3) po upływie miesiąca zaszycie zespolenia jelitowego i zespolenie żołądkowo-jelitowe; 4) po upływie wielu miesięcy wobec możliwości zgłębnikowania per os zaszył otwór zespolenia żołądka.

3. Skurcz wypustu — plastyka lub zespolenie.

4. Owrzodzenia: a) dziurawiące — natychmiastowa operacja — wycięcie wrzodu, gdy mały, naszywanie sieci i tamponowanie, gdy wielki; b) krwotok ostry — leczenie wewnętrzne, powtarzający się — zespolenie żołądka z jelitem lub zespolenie jelita ze skórą brzucha.

5) Mówca operuje tylko wobec wskazań anatomicznych.

6. Wycięcie wpustu tylko wobec rakowatego zwyrodnienia.

7. Zespolenie żołądka z jelitem dobre jest wobec wrzodu umiejscowionego w pobliżu wypustu, zespolenie jelita wobec wrzodu umiejscowionego w pobliżu wpustu.

8. Wyłączenie wypustu jest dobre.

9. Technika: na 12 godzin przed operacją podskórną 2 grm. kwasu nukleinowego (Mikulicz), na 10 godzin przed operacją 2 grm. izoformu perots (Mikulicz), pomieszczenie dobrze ogrzane, uśpienie słabe eterowe lub znieczulenie sposobem Schleich'a, dla uniknięcia przedostania się zawartości żołądka do jamy brzusznej — kleszcze Doyen'a, szew 4 piętrowy (Wölfler); prócz przedziurawień nie sączkować, do jamy otrzewny wlewać 1—2 litrów słonego ciepłego roztworu, także wlewania obficie podskórne.

10. Przy wrzodach zespolenie tylne, w przypadkach wątpli-



wych między zespoleniem i wyłączeniem wypustu — wyłączenie. Przy wrzodach w pobliżu wpustu zespolenie jelita według Witzel'a. Zespolenie tylne retrocolica ma zawsze pierwszeństwo, przy przednim należy dla uniknięcia circulus vitiosus dodawać zespolenie jelitowo-jelitowe.

**Dyskusya.** Hartmann (Paryż). Śmiertelność w jego przypadkach przy zespalaniu jelitowo-żołądkowem z 23% przed 1900 rokiem spadła obecnie do 6%, gdy wykonywa zabieg wcześniej. Wyzdrowienia trwałe — 90% (120 zabiegów przy nienowotworowych cierpieniach). Zwężenia skurczowe i nieskurczowe należy operować, ponieważ dają one powtarzające się krwawe wymioty; bardzo wiele zwykłych wrzodów nie wymaga zabiegu operacyjnego. Najlepsze zespolenie jest tylne.

Lambotte (Anvers) wykonał 167 zabiegów na żołądku, nie licząc spraw nowotworowych, ze śmiertelnością 10%: nie we wszystkich przypadkach robi zespolenie jelitowo-żołądkowe, w niepowikłanych cierpieniach żołądka, stosuje wycięcie zwieracza wypustu, w cierpieniach żołądka pochodzenia żółciowego — wycięcie pęcherzyka i wypustu, przy opadzie trzewiów — przyszycie z wycięciem wypustu.

Garré (Królewiec) decyduje się na wycięcie dopiero wobec podejrzenia na sprawę złośliwą nowotworową; gastrolisis daje dobre wyniki. Wbrew innym mówcom jest mniej skłonny do zabiegów czynnych — sądzi, że szew błon śluzowych jest rękojmią przeciwko powstawaniu wrzodów trawieńcowych.

Cardenal (Barcelona) podnosi przewagę sposobu tylnego zespalania jelitowo-żołądkowego według Petersen'a (połączenie prostopadłe).

Sinelair White (Szeffild) zespolenie czyto przednie, czy tylne radzi robić w miejscu najniższem żołądka.

Richard (Paris). Decyduje się na wycięcie dopiero wówczas, gdy wrzód umiejscowiony jest w okolicy wypustu; nie sądzi, by wrzód żołądka był *à priori* cierpieniem chirurgicznym.

Borsing (Kopenhaga) podnosi znaczenie opadu żołądka i trudność postawienia rozpoznania: na 55 operowanych, tylko jeden przybył z rozpoznaniem właściwem. Cierpienie to wymaga zabiegu czynnego częściej u kobiet, które nie rodziły, niż u wieloródek. W 18 przypadkach połączył przyszycie wątroby ze swoim sposobem przyszycia żołądka; w 3 przypadkach musiał wyciąć prześnięty lewy płat wątroby za pomocą angiotrybu Roux.

Kocher (Bern). Żąda dla chirurgów prawa decydowania

o zabiegu czynnym. Należy być eklektycznym w wyborze zabiegu: sposób Sinelair'a White'a odpowiada nerwicom żołądka, sposób Petersen'a daje doskonale wyniki. Wycięcie jest odpowiednie przy guzach ruchomych.

Segond opowiada o przypadku zrostów okołożołądkowych, które dawały objawy raka żołądka — po uwolnieniu żołądka od zrostów, chory od lat 7 czuje się doskonale.

Herzel (Budapeszt) zaleca sposób zespolenia tylnego Hacker-Petersen'a; na 151 przypadków miał 4 zejścia śmiertelne.

M. Czerny (Hejdelberg) stwierdził 3 wrzody trawieńcowe z przedziurawieniem, wyleczone za pomocą powtórnej interwencji. Przypomina, że cięcie owalne zaproponował w 1882 r. Na 176 przypadków liczy 11 wycięć z 4 zejściami śmiertelnymi, przy zespalaniu ma 2—5% śmiertelności. Operuje wczesnie według Hacker'a, często za pomocą guzika Murphy.

Rydygier przypomina, że po Pean'ie on wykonał pierwsze wycięcie wypustu żołądka z dobrym wynikiem w 1880 roku.

Lorthroiz, zwraca uwagę na niedrożność (atresia) wrodzoną żołądka, cierpienie mało znane, często nierozpoznawane, niedrożniane od zapalenia żołądka i kiszek. Wskazuje na objawy tego cierpienia, opisane już w 1896 roku, obiecuje ogłosić operowane przez się przypadki (zespolenie jelitowo-żołądkowe, wycinanie wypustu).

Sonnenburg. Należy wykonywać wycięcie cz. żołądka częściej, niż do tej pory, łączyć je z zespoleniem jelitowo-żołądkowym.

Eiselsberg (Wiedeń). Sposób Haker'a daje doskonale wyniki.

Monprofit (Augers). Oponuje przeciwko potrzebie robienia zespalania na szerokiej przestrzeni, jak to radzi Ricard.

#### IV POSIEDZENIE.

Delageniere (Le Mans). Zaleca czysto chirurgiczny sposób otwierania opłucny w celu wykonania zabiegu na płucu, przyrząd Sauerbruch'a niepotrzebny; przyszywa płuco do opłucny (eu boutonnière).

Lynn Thomas (Cardiff) pokazuje zdjęcia angiotrybu do wykonania rozległych amputacji bez uprzedniej hemostazy, lekki stół operacyjny, oraz rozwieracz do wycinania stercza.

Freudenberg (Berlin) pokazuje cystoskop uniwersalny (przemywanie, cystoskopia, cewnikowanie jednego lub obu moczowodów).



Kaliontris (Ateny) pokazuje nowy sposób częściowej amputacji członka z bocznymi płatami, składającymi się ze skóry i ciał jamistych: kikut stożkowaty-doskonały do wykonywania coitum.

Klapp (Bonn) pokazuje przyrząd do wywoływania przekrwienia i mechanoterapii.

Schoemaker (Rotterdam) pokazuje przyrząd do nawlekania igieł. kraniotom, kostosom, szczypczyki hemostatyczne dla głębokich ran.

M. de Quervain (Chaux de fonds) pokazuje stół operacyjny, pozwalający na rozmaite ruchy zginania i wyciągania kolumny kręgosłupa, zaleca użycie klinów dla operacji w okolicy pod- i nadbrzusza.

Sorel (Dijon) przedstawia dwie cholewki dla ambulatoryjnego leczenia złamań goleni (100 przypadków.).

Jonesco (Bukareszt) przedstawia swój rozwieracz brzuszny.

## V POSIEDZENIE

### Leczenie gruźlicy stawów.

I. Klapp (referat Bier'a).

1. Gruźlica stawów jest całkowicie uleczalna, systematyczne wycinanie ognisk gruźliczych jest śmieszne i przestarzałe.

2. Leczenie stanu ogólnego jest bardzo ważne dla sprawy miejscowej.

3. Unieruchomienie jest najlepszym leczeniem miejscowym — stawia chorego w warunkach ekonomii przyrodzonej.

4. Jodoform, tuberkulina, przypalanie, chlorek cynku wywołują przekrwienie i dopomagają do wyleczenia.

5. Sposób wywoływania przekrwienia żylnego, jest sposobem najprostszym i najpraktyczniejszym w leczeniu zachowawczem gruźlicy stawów.

Miękką gumową opaskę należy nakładać w ten sposób po nad chorym stawem (ramię, biodro), by wywołać przekrwienie żyłne, opaska nie powinna żadną miarą być powodem bólu, przeciwnie winna uśmierzać ból, tętno powinno być dobrze wyczuwalne, kończyna winna być ciepła. Przy gruźlicy należy nakładać opaskę na 1—3 godzin dziennie — dłuższe pozostawianie opaski powoduje zimne ropnie lub przewlekły obrzęk, którego należy unikać—w razie zjawienia się nadawać kończynie wysokie położenie, nie należy zapominać o bardzo luźnym nakładaniu zwykłego opatrunku.

6. Zimne ropnie należy opróżniać za pomocą przecięcia, przekłucia i wypompowywania.

7. Przeciwwskazanie dla przekrwienia stanowi: zwyrodnienie skrobiowate, ciężka gruźlica płucna, nieprawidłowe kształty, które dały po wyleczeniu gorszy wynik (czynnościowy), niż po wycięciu.

8. Przekrwienie daje możliwość szybkiego przejścia do ruchów biernych i czynnych, wyleczenie bez względu na rozległość urazu pod względem czynnościowym jest całkowite.

9. Przyrządy Hessing'a wspomagają leczenie za pomocą przekrwienia.

10. Leczenie odbywa się ambulatoryjnie — co ma wielkie znaczenie dla chorych gruźliczych, dla których szpital jest przeciwwskazany.

11. Trwanie leczenia około 9-ciu miesięcy.

12. Wyniki od 1 kwietnia 1903 r. do 1 sierpnia 1904 r.:

a) Gruźlica ręki: 17 przyp. — 15 wyleczeń, 2 — poprawy — trwanie leczenia 12 miesięcy.

b) Gruźlica łokcia: 11 przyp. — 8 wyleczeń, 3 — poprawy — trwanie leczenia 9 miesięcy.

c) Gruźlica stopy: 13 przyp. — 8 wyleczeń, 3 — poprawy, 1 bez zmiany, 1 amputatio — trwanie 10 miesięcy.

a) Gruźlica kolana: 5 przyp. — 3 wyleczenia, 2 — poprawy, w innych 8 przypadkach po krótkotrwałych próbach leczenia za pomocą przekrwienia — resectio.

## 2. Broca:

1. Cierpienia błon maziowych powierzchownych leczy za pomocą unieruchomienia i wstrzykiwań 10% eterowego roztworu jodoformu.

2. Cierpienia kostno-stawowe — unieruchomienie w najdogodniejszym położeniu (wyprostne dla kolana, dłoni, palców i palucha, wyciąg prostoliniowy, lekkie odprowadzenie i obrótu zewnątrz dla biodra, pod kątem prostym dla łokcia i stopy).

3. Główną zasadą jest unieruchomienie; zabieg wycięcia kości jest lepszy od wycięcia tylko błony maziowej.

4. Tumor albus zropiały — po wypompowaniu wstrzykiwania eterowego jodoformu.

## 3. Willems. Mówi tylko o leczeniu operacyjnym.

Wskazania: a) miejscowe: gruźlica bez ropienia — zachowawcze leczenie, ropienie zamknięte — wstrzykiwania jodoformu (choć nie dają takich przechwalonych wyników, jak twierdzi Hoffa), wycinanie ścian ropnia nie daje dobrych wyników, — wycinanie prze-



tok jest niedobre, martwaki należy usuwać operacyjnie, przy wielorakich zewnętrznych ogniskach — amputatio.

b) Ogólne: wobec ciężkiej gruźlicy płuc lub zwyrodnienia skrobiowatego — amputatio.

c) Umieszczenie:

Kolano: u dorosłych resectio, u dzieci leczenie zachowawcze.

Biodro: po większej części lecz. zachowawcze.

Łokieć: resectio bardzo częsta.

Ramię: resectio.

Kiść lecz. zachowawcze (wstrzykiwania).

Stopa: u dorosłych wczesna resectio, u dzieci leczenie zachowawcze.

4. Bradford (Boston). Jest za leczeniem zachowawczem biodra, zaleca wyciąg unieruchomienie i świeże powietrze, pokazuje bardzo wiele zdjęć.

#### DYSKUSYA.

Lebrun (Namur). Zaleca wycięcie stawu; w przypadkach, gdzie kości są zdrowe, sączkuje przez 48 godzin, stosuje przed zaszyciem termokauter.

Garré (Królewiec). Względem kolana i stopy stosuje zabiegi operacyjne.

Hoffa (Berlin). Stosuje opaski gipsowe, po przejściu ostrego okresu — przyrząd do chodzenia.

Verneuil (Middellerke). Jest przeciwny sączkowaniu po operacji, szyje ranę za pomocą klamerek.

Walther (Paryż). Jest zwolennikiem stwardniających wstrzykiwań chlorku cynku (Lannelongue), po tych wstrzykiwaniach nawet (w razie konieczności) resectiones dają dobre wyniki.

Sinelair White (Szeffild). Zaleca dla kolana wycięcie bez sączkowania.

Kocher. Trzeba występować czynnie: 1. przy ograniczonym gruźliczym ognisku kostnym; 2. przy zroście w złym położeniu; 3. przy zroście łokcia. Sposób Bier'a jest dobry w przypadkach początkowych; 4. stały wyciąg jest lepszy od opaski gipsowej; 5. przy gruźlicy napiętkowej — unieruchomienie napiętki — palce wolne.

Dollinger. Kładzie nacisk na unieruchomienie i na wyniki leczenia zachowawczego (80% wyzdrowień).

Gelpke (Bazylea). Podnosi znaczenie kąpieli słonych.

Walther daje wyjaśnienia o sposobie stwardniającym (sclérogène).

de Quervain przestrzega przed operowaniem ropni opadłych.

Garré przestrzega przed niebezpieczeństwem dla otoczenia.

Hoffa sądzi, że obawa wyrażona przez Kocher'a, z powodu opaski gipsowej jest płonna; zanik daje się usunąć za pomocą mięsienia.

Eiselsberg objaśnia stosowanie stałego wyciągu (łupki Volkman'a).

Sir Hingston (Montréal) zaleca leczenie na świeżym powietrzu.

## V POSIEDZENIE

### Leczenie zapaleń otrzewny.

Friedrich mówi przeważnie o zapaleniu otrzewny z powodu zapalenia wyrostka robaczkowego — nalega na szybki w tych razach zabieg operacyjny.

1. Źródło zapalenia odgrywa rolę najważniejszą.
2. Okres, w jakim zastajemy przypadek (początek, nasilenie, umiejscowienie się, porażenie jelit), zmienia warunki i wynik zabiegu.
3. Prawie we wszystkich okresach zabieg jest konieczny, samostne umiejscowienie się sprawy jest niepewne, powstrzymanie się od zabiegu jest dopuszczalne tylko w przypadkach ciężkiego zakażenia, związanego z porażeniem mlecza i oziębieniem kończyn, sinicy i t. p.
4. Do usypiania morfina i eter, częściej znieczulenie miejscowe, stół winien być ogrzewalny. Stosowanie środków przeczyszczających, oparte na teoretycznych rachubach, jest karygodne. Wszelkie usiłowania oczyszczania jamy otrzewny, opróżniania kiszek, obfite wlewania są oparte na zgoła fałszywych danych, są szkodliwe, a nawet karygodne.
5. Objawy wzdęcia, nie ustępujące pod wpływem ciepłych okładów, przemywań żołądka, lub soli karlsbadzkiej, jako wywołane zlepanami—wymagają nałożenia sztucznej żyły.
6. Cięcie winno być zależne od umiejscowienia źródła zakażenia, dodajemy małe cięcia dla skuteczniejszego sączkowania.
7. Leczenie pooperacyjne jest niezmiernie ważne, od niego prawie zależą wyniki; płukanie żołądka, odżywianie podskórne, podskórne wlewania od 2—6 litrów sztucznej surowicy dziennie przez czas dłuższy (z cukrem gronowym lub oliwą). Operacyjne leczenie zapaleń otrzewny wskutek zapaleń wyrostka robaczkowego, zapaleń dróg żółciowych, przedziurawień żołądka i kiszek daje wyniki niezłe; zapalenie otrzewny pooperacyjne, szczególnie u rakowatych, wynędzniałych daje wyniki ujemne.



2. Kroggius. Ogólne zapalenia otrzewny leczyć należy operacyjnie, rozpoznanie stawiać szybko na zasadzie srogich bólów brzucha, napięcia i wielkiej dotykowej bolesności ścian brzusznych, podniesienia ciepłoty w prostnicy, ewentualnie hyperleukocytozy, szybkiego tętna, wyglądu twarzy i t. p.; po stwierdzeniu tego zapalenia lekarz winien oddać chorego natychmiast w ręce chirurga. Obfite zlewania jamy otrzewny są wskazane tylko wobec konieczności usunięcia materii drażniących.

Cel zabiegu — usunąć źródło zakażenia, ograniczyć lub zamknąć je — cięcia winny być wielkie i liczne. Najlepszy sposób sączkowania — worki Mikulicza, sączek do pochwy z jamy Douglas'a, parę sączków w okolicy lędźwiowej. Wewnątrzżylne zastrzykiwania są nieocenione w razie wzdęcia — żyć sztuczna według Witzl'a, zabieg wykonany w ciągu pierwszych 24 godzin, ma widoki powodzenia. Statystyka zapaleń otrzewny operowanych przez mówcę: 111 przypadków ze śmiertelnością 46.8%—80 przypadków z powodu wyrostka robaczkowego 50% wyzdowień, 15 z powodu przedziurawień (wrzód) żołądka—40% wyzdowień.

Leunander: należy szybko postawić rozpoznanie, określić źródło zapalenia otrzewny, postawić wskazania operacyjne; w końcu mówi o technice operacyjnej: 1) zabieg wykonywać przed zjawieniem się porażenia jelit, dążyć przedewszystkiem do źródła w celu usunięcia przyczyny zapalenia. Dla zwalczania wzdęcia, cięcie lub cięcia jelit dla opróżnienia ich, zespolenie jelita lub ślepej kiszki w kształcie skośnej przetoki, w przypadkach rozpaczliwych — wycięcie 0,5 do 3 metrów porażonego jelita. Zapalenia wskutek sprawy wyrostkowej z porażeniem ślepej kiszki lub jelita cienkiego — zespolenie ślepej kiszki—sztuczna żyć. Rope, po dokładnem osłonięciu reszty jelita i kiszek, zmywać należy słonym roztworem pod słabem ciśnieniem. Sączkowanie jest konieczne — najlepiej za pomocą gumowych sączków, owiniętych zwykłym knotem, oddzielonych od ściennej otrzewny cienką gumową warstwą. Podczas operacji jeden z pomocników winien na dany znak rozpocząć wewnątrzżylne wstrzykiwanie słonego roztworu. Po operacji należy dbać o szybki powrót prawidłowego działania żołądka i kiszek, wlewania do kiszki stolcowej, płukanie żołądka, zespolenie jelita dają dobre wyniki, podskórnie środek przeczyszczający, działanie strychniny, physostigmini i atropiny do tej pory jest jeszcze niedokładnie zbadane. Dla zastąpienia utraty płynu 1200 do 2000 cm. sz. słonego roztworu na dobę do kiszki stolcowej lub skośnej przetoki (życi), lub pod skórę. Jeżeli działalność serca wzmaga się, dyureza

i wydzielina otrzewnowa zwiększa się—wówczas możemy zwiększyć ilość wprowadzanych płynów. Jeżeli mamy dane, że przyczyną złego stanu chorego jest porażenie układu naczyniowego nerwu trzewnego wstrzykiwać, należy wewnątrz-żylnie dwu- lub trzykrotnie w ciągu doby ogółem 1 do 2<sup>1</sup>/<sub>2</sub> litrów sztucznej surowicy (wielkie ilości Lejars'a). Mówca jest pewien, że te wstrzykiwania nieraz ratują życie chorego. Jako środek odżywczy dawać lawatywy z cukru gronowego, przez przetokę peptony; w ciągu paru dni można chorego odżywiać podskórnie. Przy leczeniu ropnych zapaleń otrzewny należy mieć na uwadze możliwość zrostu lub zlepu pętlic kiszkowych pod kątem ostrym — zlepy te mogą w przyszłości odzielić się.

Lejars. Mówca rozpatruje: 1) bodźce, rodzaje i formy zakażeń otrzewny, 2) środki obrony otrzewny i ustroju, 3) ogólne zasady leczenia, oparte na poznaniu odporności naturalnej i 4) leczenie nieoperacyjne i operacyjne.

1. Zapalenia otrzewny wywołane są zawsze przez drobno-ustroje, które dostają się z zewnątrz przy urazie lub operacji, z kanału pokarmowego i narządów dodatkowych, z dróg moczopłciowych lub dróg naczyń krwionośnych. Obrona polega na chemiotaksyzmie otrzewny, włóknistym wysięku, zlepiach sieciowych, ogólnym odczynie, roli serca i nerek. Wczesne rozpoznanie i wczesny zabieg — konieczny. Wszelkie uszkodzenia narządów brzusznych należy operować, bardzo spóźnione operacje w tych razach są tylko zabiegami „de charité” dla złagodzenia cierpienia przed śmiercią. Leczenie nieoperacyjne—zwykle objawowe. W razie postanowienia, by operować, należy czynić to szybko i zawczasu, otwierać brzuch tylko jednym cięciem, operować na sucho, płukać tylko w przypadkach zapaleń otrzewny ogólnych z krwawo ropnym wysiękiem—*zlepów nie rozrywać!* Sączkować—gazą i gumowymi sączkami. Operacja nie wyczerpuje naszej pomocy — po niej należy wstrzykiwać roztwór soli podskórnie, wewnątrz-żylnie, do kiszki stolcowej i do otrzewny — w wielkich ilościach (2—5 litrów na dobę).

Cosh zaleca wstrzykiwania roztworu soli, sączkowanie cygaretowymi sączkami, po operacji położenie Fowler'a. Przy wzdęciu płucze żołądek.

Isla. Do środków zalecanych przez innych mówców dodaje wstrzykiwania roztworu soli z tlenem za pomocą przyrządu de Peno. Płucze jamę otrzewny obficie.

**Dyskusya.** Sargeut (Londyn). W 270 przypadkach znalazł przeważnie gronkowce złociste i białe; jest zwolennikiem niewielkich zabiegów, przeciwnikiem płukania jamy otrzewny.



Dohlgrau (Upsala) — pokazuje swoje kleszcze do opróżniania zawartości kiszek po zespoleniu jelita przy porażeniu kiszek i jelit.

Sonnenburg (Berlin) — przypomina, że rokowanie zależy od szybkości interwencji.

Rouffart (Bruksella) — opisuje swoją technikę operacyjną i zaleca sposób stałego przepuszczania tlenu przez jamę otrzewny.

Jaffé (Poznań) — zwraca uwagę na zgubne wyniki spóźnionego zabiegu, sączykuje przez jamę Douglas'a, rośnie otorbione otwiera przez prostnicę.

Temoin (Paryż) — mówi o zapaleniach otrzewny wyrostkowych.

Verchère (Paryż) — zaleca eklektyzm.

Van Engelen (Bruksella) — stosuje w ogromnych ilościach sztuczną surowicę i surowicę przeciwpaciorkowcową, tę ostatnią przy powikłaniach pooperacyjnych i jako środek zapobiegawczy przed operacjami brzuszными.

Aleksander Zawadzki (Warszawa). Przedstawia 30 przypadków operowanych ran postrzałowych i kłutych brzucha w szpitalu na Pradze w oddziale d-ra Rauma. Kładzie nacisk na technikę przedoperacyjną (aseptykę) i szybkość wykonania zabiegu. Operacje w rękawiczkach gumowych wyjałowionych w parze, w razie zakażenia rękawiczek zmienia się je. Przy przemywaniu zakażonej części jamy otrzewny (pozostała część obetkana serwetami) wybierać płyn należy nie wacikami, lecz wyjałowioną szklanką, by nie wywołać urazu otrzewny. (Radzi stosować wlewania do jamy otrzewny kwasu nukleinowego i surowicy przeciwpaciorkowcowej wielowartościowej). Podaje szczegółowo technikę operacyjną.

Wyniki (wszystkie urazy bardzo ciężkie — rany kiszek wielorakie, wątroby, nerek, żołądka, śledziony) ran kłutych wcześniej operowanych 20% śmiertelności, rany postrzałowe wcześniej operowane — 38% wyzdrowień.

W końcu dodaje, że do operacji w oddziale d-ra Rauma w tych przypadkach przystępuje się najdalej w godzinę po przybyciu chorego do szpitala, Pogotowie dostarcza tych chorych równie szybko po otrzymaniu urazu. Są to warunki doskonałe dla chorych, ale wpływają jednocześnie ujemnie na statystykę, bo operowane są przypadki bardzo ciężkie, takie, które bez operacji natychmiastowej w ciągu 2—3 godzin kończą się śmiercią.

Ullman (Austria) — sączykuje zapalenia otrzewny wyrostkowe przez jamę Douglas'a.

Kocher — dziękuje przybyłym na zjazd za liczne przybycie i świetne wyniki, jakie dał ten zjazd dla chirurgii.

W końcu słów parę o zebraniu ogólnem.

Ogólnie przyjęta została ustawa następująca:

I. Towarzystwo, zawiązane w 1902 roku pod nazwą „Międzynarodowego Towarzystwa Chirurgicznego,” ma za cel przyczynić się do postępów chirurgii przez opracowywanie zawiłych pytań chirurgii. Towarzystwo obrało za swoją stolicę Bruksellę.

II. Liczba członków jest ograniczona. Międzynarodowy Komitet ustanawia co trzy lata liczbę członków dla każdego kraju. Członkowie są przyjmowani przez komitet międzynarodowy na wniosek komitetu krajowego.

III. W Towarzystwie sprawuje rządy komitet międzynarodowy stały, składający się z jednego delegata z każdego kraju, dawnego prezesa zjazdu, sekretarza i skarbnika. Ci dwaj ostatni winni mieszkać w Brukselli. Komitet wybiera z pośród siebie prezesa.

IV. Każdy kraj w czasie Zjazdu wybiera komitet narodowy, składający się z 3 członków, z których jeden jest delegowany do komitetu międzynarodowego. Takie mianowanie oparte jest na większości otrzymanych głosów.

Komitet międzynarodowy mianuje swojego sekretarza i skarbnika absolutną większością głosów na 3 lata. Członkowie wychodzący mogą być wybierani znowu. Sekretarz ogólny może być wybierany tylko dwa razy.

V. Wszystkie urzędy są honorowe.

VI. Członkowie płacą 40 franków co 3 lata.

VII. Towarzystwo zwołuje co 3 lata Zjazd w mieście wybranem na poprzednim Zjeździe. Komitet narodowy kraju, gdzie ma być Zjazd, wybiera sekretarza ogólnego.

VIII. Prace Zjazdu polegają na przemówieniach i dyskusjach nad referatami zaprojektowanymi przez poprzedni Zjazd.

IX. Podczas Zjazdu odbywa się ogólne zebranie pod przewodnictwem prezesa komitetu międzynarodowego, ma ono za zadanie: zatwierdzenie rachunków, odnowienie komitetu, wybór kwestyi na przyszły Zjazd i wyznaczenie referentów, oznaczenie miejsca przyszłego Zjazdu, wybór nowego prezesa.

X. Obowiązujące języki: francuski, niemiecki, angielski.

W końcu dodam, że Giordano upominał się o uznanie włoskiego języka za obowiązujący — odmówiono. D-r Aleksander Zawadzki zaznaczył, że polskiego delegata, za jakiego polacy uważali prof. Rydygiera, na tym Zjeździe, widocznie, zapomniano zamianować, bo trudno przypuścić, by zapomniano o istnieniu 18-milionowego narodu, który ma swoją literaturę, historię, który nawet na tym Zjeździe miał dwóch mówców w osobie A. Zawadzkiego i po-



wszecznie znanego prof. Rydygiera. Jeżeli to Towarzystwo Chirurgiczne jest międzynarodowem i do nauki nie wkradła się polityka, słuszność żądania zamianowania polskiego delegata musi być uznana. Zamianowano delegatem polskim prof. Rydygiera. Czesi na tem wygrali, bo zamianowano i delegata czeskiego, za co otrzymałem od obecnych Czechów podziękowanie.

## V. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

### Chirurgia.

362. Engelmann. **Leczenie przerostu stercza sposobem Bottinie'go.** (St.-Petersb. med. Wochft. 1905, N-r 32).

Zamiarem autora jest zachęcenie swych ziomeków do operacji sposobem Bottinie'go. Po wyliczeniu wad innych metod, mniej lub więcej radykalnych, przechodzi do omawiania samej operacji i techniki tejże, polecając przytem przyrząd modyfikacji Freudenberg'a. Uprzednie badanie cystoskopem i zaznaczenie sobie kąta (sposób Jakoby'ego) wyklucza operowanie na ciemno i kieruje narzędziem tam, gdzie oko przedtem wybrało miejsce. Przecinać powinno się bardzo powoli (1 cm. około 1<sup>1</sup>/<sub>2</sub> minuty). Cięć wystarcza 3. Palec w odbytnicy kontroluje operację. Wynik operacji dopiero objawia się w kilka dni. Śmiertelność (zest. p. Freudenberg'a) wynosi 4—5,8%, wyleczeń 86,63%, bez skutku 7,6%. Z następowych powikłań najgorszym jest krwotok zaraz po operacji, lub dopiero w 1—2 tygodnie przy oddzielaniu się strupa. Przeciwwskazaniami do operacji Bottinie'go są: niedowład zupełny pęcherza, zajęcie miedniczek nerkowych, wreszcie zmiany jądra lub przyjądra.

Przy kamieniach trzeba je najpierw skruszyć.

Autor z 8 operowanych u 5 osiągnął zupełne wyleczenie, u jednego dopiero po drugiej operacji.

*D-r A. Klęsk.*  
(Kraków).

363. Offergeld. **W sprawie techniki natychmiastowego otwierania przetoki jelitowej i rzyci sztucznej.** (Deutsche med. Wochft. 1904. N-r 43).

Częsta potrzeba natychmiastowego otwierania przetoki jelitowej lub rzyci sztucznej wprowadziła autora na myśl two-

zenia tych otworów zupełnie podług sposobu Witzla (tak, jak przy przetoce żołądkowej). Sposób ten umożliwia natychmiastowe otworzenie jelita, bez potrzeby czekania (kilka godzin) na wytworzenie się zrostów otrzewnowych. Autor radzi zakładać przetokę podług Witzla, wsadzając kateter, a po kilku lub kilkunastu godzinach ewentualnie szeroko jelito otworzyć. (Autor zastrzega się sam, że nie wie (będąc ginekologiem), czy już tego sposobu przy przetokach i rzyciach sztucznych nie próbowano. Nie jest on żadną nowością i w krakowskiej klinice stosuje się go czasem z tą różnicą, że kanał zakłada się podług Kadera, a nie Witzla. Zalet nie ma żadnych, a w razie wielkiego pośpiechu przyszytą pętlę lepiej nakłuć igłą. Gdy kał nie jest płynny — i przetoka Witzla nic nie pomoże. (Przyp. ref.)

*D-r Klęsk.*

(Kraków).

364. Iottkowitz. **W sprawie leczenia stawów wrzekomych.** (Deutsche med. Wochft. 1905. N-r 43).

Autor na mocy swoich przypadków radzi leczyć stawy wrzekome wstrzykiwaniami nalewki jodowej między odłamki (2—4 cm.). Sposób Bier'a i Lanper'a (wstrzykiwania krwi lub surowicy tejsze) uważa za bardzo powikłany, a nie dający lepszych wyników.

*D-r Klęsk.*

(Kraków).

365. Hildebrandt. **Nowy sposób przeszczepiania mięśni.** (Arch. f. klin. Chir. 78—I—1905).

Autor opisuje nowy sposób przeszczepiania mięśni, który zastosował w jednym przypadku jego szef—Hildebrandt. Na klinikę przysłano 4-letnie dziecko, które przed rokiem dostało nagle porażenia lewego barku. Badanie wykazało zupełną nieczynność mięśni: mostko-sutkowo-obojczykowego, kapturowego, zębatego przedniego, naramiennego, obłego mniejszego i podgrzebieniowego. Z powodu zaniku napinaczy torebki staw cepowaty. Prof. Hildebrandt wobec tego spróbował zastąpić porażone mięśnie mięśniem piersiowym wielkim. Oddzielił ten ostatni od przyczepu przy mostku i obojczyku, obrócił ku górze, szanując przy tem nerwy piersiowe przednie i biegnące z nimi naczynia i przyszył szwami katgutowymi mięsień do zewnętrznego brzegu obojczyka i wyrostka barkowego łopatki. Wynik był znakomity. Przeszczepienie to jest o tyle nowem, że przez skurczenie mięśnia barku o 90° zmieniono kierunek działania zupełnie tegoż i że mięsień na dużej przestrzeni zo-



stał oddzielony od ciała, a przez to pozbawionym krążenia. Dobre działanie i przyjęcie się mięśnia w nowem miejscu odnieść należy do tego, że szanowano nerwy i biegnące z nimi naczynia. Autor doświadczałnie przeszczepiał z dobrym skutkiem mięsień pusty uda u królika, zupełnie go oddzielwszy (z wyjątkiem wejścia nerwów) w miejscu zewnętrznego grubego uda lub łonowego.

*Dr. Adolf Klęsk.*

(Kraków).

## Kronika bieżąca.

— Otrzymujemy odezwę następującą:

„Odezwa do Stowarzyszenia i Związku Lekarzy Polskich.

„Zamieszczone w 2 ostatnich numerach „Kurjera Warszawskiego“ programy Stowarzyszenia i Związku Lekarzy Polskich zachęciły żony i rodziny lekarzy, pozostających na Dalekim Wschodzie do następującej odezwy.

„Do Stowarzyszenia Waszego, Panowie Lekarze, które, według słów programu, w pierwszym rzędzie zajmować się ma sprawami społeczeństwa, związanymi z zawodem lekarskim, zwracamy się dzisiaj rodziny i żony kolegów Waszych.

„Nie odmawiacie nam swej pomocy, gdy choroby toczą nasz organizm, pomóżcie nam i w sprawie stokroć dla nas ważniejszej.

„W Związku i Stowarzyszeniu Waszem znajduje się, zapewne, wielu świeżo powróconych z wojny. Do nich zwracamy się przedewszystkiem. Oni doświadczyli na sobie i swych najbliższych wszystkich okropności wojny, oni chyba najżywiej czują niepowetowaną krzywdę, jaka się dzieje ich niedawnym towarzyszom.

„Dopóki trwała wojna, dopóki praca mężów naszych mogła być potrzebna, znosiłyśmy wszystku w milczeniu. Czułyśmy bowiem dobrze, że tam giną, chorują i męczą się ludzie, bracia nasi. Lekarze są im potrzebni. Dziś jednak okoliczności się zmieniły.

„Pokój od 3-ch miesięcy zawarty. Szpitale opróżnione, chorzy ewakuowani. Zapytujemy więc, komu to jest potrzebne, aby istniały szpitale bez chorych, transporty nie mające kogo wozić, punkty opatrunkowe bez rannych? Czy rzeczywiście pobyt lekarzy zapasowych jest tam potrzebny?

„Czy, oddawszy na usługi armii dwa ciężkie lata życia, nie zasłużyli jeszcze na wypoczynek? Wy, coście powrócili, i wy, coście nie pojechali, los był dla was łaskawszy. Nie okażcie się obojętnymi dla tamtych.

„Niechaj świeże Organizacye Wasze nie odmówią swej pomocy kolegom i towarzyszom!“

Tu następują podpisy.

## Jubileusz d-ra Władysława Biegańskiego.

W ubiegłym miesiącu D-r Władysław Biegański, wielce zasłużony na polu piśmiennictwa lekarskiego, obchodził w Częstochowskim Towarzystwie Lekarskim jubileusz swojej 25-letniej działalności lekarskiej. Ku uczczeniu tejże „Czasopismo Lekarskie“ wydało cały zeszyt 7 z r. b., całkowicie wypełniony pracami lekarzy prowincjonalnych Królestwa Polskiego. Zeszyt ten, objętości 216 stron wraz z dołączonym portretem jubilata, zawiera prace następujące: 1) Seweryna Sterlinga słowo wstępne: „Działalność naukowa Władysława Biegańskiego;“ 2) Mieczysława Kaufmana: „Władysław Biegański, jako pisarz w zakresie filozofii;“ 3) Gracyana Pisarzewskiego: „Władysław Biegański, jako kolega i człowiek;“ 4) F. Klozenberga: „Choroba Tay-Sachsa;“ 5) Jana Mazurkiewicza: „Zjawiska życiowe i psychiczne wobec jedności przyrody;“ 6) Władysława Sochackiego: „Przypadek paraliżu postępującego o przebiegu okrężnym z drgawkami odruchowego pochodzenia;“ 7) Stefana Borowieckiego: „Przypadek przemijającej psychozy i rozszczepiania uczucia na tle przyniotu;“ 8) Witolda Łuniewskiego: „Przypadek hemiplegiae alternans z umiejscowieniem w półkulach mózgowych;“ 9) St. Nowaka: „W sprawie intubacji w prywatnej praktyce;“ 10) Putermana: „Jodometryczne miareczkowanie cukru przyrządem Citron'a;“ 11) J. Marczewskiego: „Cztery przypadki pęknięcia białkówki;“ 12) A. Kosńskiego: „Słów kilka w sprawie badań współczesnych, dotyczących raka;“ 13) K. Kosieradzkiego: „Przyczynki do charakterystyki fizycznej ludności męskiej powiatu Miechowskiego na zasadzie pomiarów rekrutów w ciągu lat 30-tu (1874—1903);“ 14) Franciszka Grodeckiego i Dionizego Hellina: „Empyema bilaterale;“ 15) P. Schroetera: „Zbiorowe zatrucie arsenikiem;“ 16) Martyniana Zienkiewicza: „W sprawie seroterapii płonicy;“ 17) S. Klarnera: „Dalsze poszukiwania nad statystyką lekarską ludności gminy Bełżyce;“ 18) Ludwika Przedborskiego: „Stosunek laryngo-ryno- i otologii do wiedzy i sztuki lekarskiej;“ 19) Antoniego Rzęda: „W sprawie organizacji pracy lekarskiej na prowincyi;“ 20) K. Lidmanowskiego: „Leczenie przepuklin pepkowych u dzieci za pomocą zastrzykiwań alkoholu;“ 21) Adama Majewskiego: „Przypadek gruźlicy żołądka;“ 22) Wacława Kohna: „Mocz, jako źródło zarazy;“ 23) M. Kronlanda: „W obronie materyalizmu;“ 24) A. Podciechowskiego: „Aphrodisiaca;“ 25) Henryka Trenknera: „Przypadek cirrhosis hepatis cardiutuberculosis;“ 26) Józefa Brudzińskiego: „Zapalenie opłucny u dzieci i objaw trojaka;“ 27) T. Mogilnickiego: „Błonicze zapalenie łącznicy oka;“ 28) Józefa Brzezińskiego: „O strajkach lekarzy;“ 29) Edwarda Kohna: „O pomocy lekarskiej w fabrykach;“ 30) W. Chodźki: „Przypadek zatrucia ołowiowego z zajęciem krtani; zejście śmiertelne wskutek porażenia nerwu błędnego (n.



vagus);“ 31) Józefa Maybauma: „W sprawie rozpoznania i leczenia raka żołądka;“ 32) Wł. Tołwińskiego: „Zarys historyi cholery z r. 1892 w pow. lubartowski gub. lubelskiej;“ 33) Gr. Pisarzewskiego: „Koeliotomia vaginalis anterior;“ 34) Stefana Rudzkiego: „Dziesięć przypadków choroby Addisona;“ 35) E. Sonnenberga: „Dwa przypadki sarcinuriae;“ 36) Stanisława Korczaka: „Sfygmografia i jej znaczenie kliniczne;“ 37) Zdzisława Prechnera: „Dwa przypadki choroby Banti'ego;“ 38) M. Cohna, A. Goldmana, I. Perlisa i L. Pinkusa: „Cierpienia urazowe w 1-em półroczu roku 1905;“ nadto, jak zaznacza redakcyja, w zeszyte tym nie umieszczono 39) pracy kolegów: H. Fidlera i J. Pełczyńskiego p. t.: „Anatomia patologiczna, objawy, rokowanie i leczenie cholery,“ która to praca nie mogła być wydrukowaną z powodu zbyt szczupłych ram wydawnictwa.

Redakcyja „Kroniki Lekarskiej,“ przyłącza się do ogólnego uczczenia zasług czcigodnego Jubilata i śle mu życzenia: „in multos annos.“

*J. Win.*

(jw) Znów mamy w Warszawie epidemię odry i błonicy.

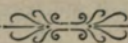
— Proszeni jesteśmy o zaznaczenie, że Z. X, XI i XII *Biblioteki lekarskiej* wyjdą razem wkrótce.

— Spis rzeczy w r. 1905 dołączymy do Z. I w. r. 1906.

**Zmarli.** Dr Józef Salmonowicz dnia 2 grudnia r. b. w Petersburgu, w wieku lat 38.

## Od Administracyi.

Kronika lekarska wychodzić będzie w r. 1906 na tych samych warunkach i w tym samym zakresie.



Redaktorzy: Dr. Med. Otton Hewelke i Dr. Józef Zawadzki.

Wydawcy: Dr. Med. Otton Hewelke, Dr. Konstanty Sierpiński i Dr. Józef Zawadzki.

# Fabryka Narzędzi Chirurgicznych



Bandaży oraz Brzytew oryginalnych  
Angielskich, Scyzoryków i Nożyczek

## F. BALUKIEWICZA

w WARSZAWIE, Bielańska 9, Hotel Paryski.

Wielki wybór

wszelkich Narzędzi Chirurgicznych, Bandaży,  
przytem przyjmuje się reperację w zakresie fabryki wchodzące,  
po cenach najtańszych.

---

Istniejący od roku 1890

## DOM ZDROWIA

### K. Dobrskiego

w Warszawie, Aleja Róż 10.

Przyjmuje na stałe pomieszczenie chorych wszelkiego rodzaju z wyjątkiem  
umysłowych.

---

Pracownia Artystyczna

# Jana Nagórskiego

Marszałkowska 134.

poleca:

Monogramy, Herby—Fac-Simile, Żetony, i t. p. złote, srebrne i metalowe  
Oraz specjalne dla Aptek i Składów Aptecznych: Pieczątki papierowe.  
Cenniki i próby na żądanie gratis.

---

1 Listopada b. r. wyszedł pierwszy numer miesięcznika:

## Przegląd chorób skórnych i wenerycznych

Współpracownictwo wybitniejszych specjalnych sił krajo-  
wych i zagranicznych, zapewnione.

Przedpłatę za 1906 r. — rocznie 6 rb. w Warszawie, 7 rb. na prowincyi  
i zagranicą — przyjmuje Redakcja: Mazowiecka 4 m. 6, znaczniejsze księ-  
garnie i biura dzienników ogłoszeń.

Redaktor i wydawca **Dr. Feliks Malinowski.**