

# MEDYCINA.

CZASOPISMO TYGODNIOWE  
dla lekarzy-praktyków.

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

Adres Wydawcy: Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. O guzie perlistym (cholesteatoma) ucha. Przez d-ra T. Heimana. — Działalność lecznicza staeyi klimatycznej oraz zakładu kumysowego i wodoleczniczego w Sławucie za ubiegłych lat 25. Podał H. Dobrzycki. (Ciąg dalszy). — STRESZCZENIA I WYCIĄGI. 39. Sposób odróżniania rodzaju krwi — rozpoznawie krwi ludzkiej. 40. Wiad mlecza wśród kobiet. — XXX zjazd chirurgów niemieckich w Berlinie. (Sprawozdanie własne). Posiedzenie z dnia 13 kwietnia r. b. (Dokończenie). — ODCINEK. Z powodu referatu Komisji pod przewodnictwem prof. Koscińskiego w sprawie poprawy szpitalnictwa w Warszawie i podkomisji lekarskiej prof. Czausowa. (Dokończenie). O ruchu chorych w szpitalu św. Stanisława za czas od 14 kwietnia do 14 maja r. b. — WIADOMOŚCI BIEŻĄCE. — OGŁOSZENIA.

„MEDYCINA“

GAZETTE MEDICALE HEBDOMADAIRE  
destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r T. Heiman — Sur le cholesteatome de l'oreille. 2) H. Dobrzycki — Sławuta pendant les dernieres 25 années.

Redaction: Dr. M. Sadowski. Varsovie — Rue Krak-Przedm. 7.

„MEDYCINA“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT  
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r T. Heiman — Ueber das Cholesteatom des Ohres. 2) H. Dobrzycki — Die Thätigkeit der klimatischen Station sowie der Kumys- und Wasserheilstalt in Sławuta während der letzten 25 Jahre.

Redaction: Dr. M. Sadowski. Warschau — str. Krak-Przedm. 7.

## O guzie perlistym (cholesteatoma) ucha.

(Odczyt wypowiedziany w Warszawskim Towarzystwie Lekarskiem 5 marca 1901 r.)

przez

D-ra TEODORA HEIMANA.

Jak wiadomo, rozumiemy pod nazwą cholesteatomatu guzy rozmaitej wielkości, od ziarnka maku do wielkości jaja gołębiego, występujące w różnych okolicach ciała, jak: na podstawie mózgu, w jądrach, jajnikach, sutkach i w uchu. W uchu stanowią one niejako przejście od nowotworów łagodnych do złośliwych. Odznaczają się właściwym wyglądem perlistym i histologicznie składają się z bardzo cienkiej otoczki i zawartości. Otoczka jest ściśle połączona z okostną jamy kostnej, w której znajduje się cholesteatomat, posiada własności otoczki torbielowej i składa się z dwóch warstw: wewnętrznej, zrosniętej z okostną i zawierającej liczne pęczki włóknkowe, wśród których znajdują się komórki łączno-tkankowe i naczynia krwionośne; ostatnie łączą się z naczyniami okostny, i z warstwy zewnętrznej, mającej tę samą bu-

dowę, co warstwa powierzchniowa skóry, t. j. składa się z siatki MALPIGHI'ego i komórek, przechodzących bezpośrednio w poligonalne komórki cholesteatomatu. Zawartość stanowią komórki płaskie, ułożone warstwami współśrodkowemi nakształt cebuli, mające charakter naskórkowy, na obwodzie zrogowaciałe. Komórki zrogowaciałe wyróżniają się od zwykłego naskórka niezwykłą grubością. Między blaszkami znajdujemy kryształki cholestearyny w różnej ilości, ziarnka tłuszczu i często liczne drobnoustroje. BEZOLD znajdował w cholesteatomatach ucha łaseczniki gruźlicze. Niekiedy spostrzegano w nich komórki olbrzymie. Środek takiego guza w uchu zawiera często jądro, złożone z ropy zgęszczonej lub z rozpadu zserowaciłych komórek naskórkowych.

Cholesteatomy były oddawna znane anatomo-patologom. Już CRUVEILHIER opisał je i podobne do nich twory, jako guzy perliste „Tumeur perlée“ z powodu ich blasku perlitego. Nazwę „cholesteatoma“ pierwszy wprowadził Johannes MÜLLER, z powodu znacznej ilości cholestearyny, jaką znajdowano w tych guzach. Od tego czasu ogromnie urósł materiał literacki o guzach perlitych i ich pochodzeniu, dotąd wszelako panuje wielka różnica zdań między anatomo-patologami, chirurgami i lekarzami usznymi o ich istocie i powstawaniu. Ponieważ przedewszystkiem cholesteatomy należą często do najniebezpieczniejszych powikłań spraw zapalnych ucha, gdyż najczęściej prowadzą do śmiertelnych powikłań wewnątrz czaszkowych, i ponieważ głównie ich pochodzenie najmniej jest dotąd wyjaśnione, przeto pozwolę sobie dziś przedmiotu tego dotknąć i przedstawić Sz. Panom poglądy i zapatrywania, obecnie panujące. Odczyt mój dzisiejszy będzie niejako dalszym ciągiem, a raczej dopełnieniem tego, co dawniej miałem zaszczyt powiedzieć w tem Towarzystwie o powikłaniach, wywołanych sprawami ropnemi narządu słuchowego, które niejednokrotnie w tem Towarzystwie przedstawiałem.

VIRCHOW, opierając się na większym materiale, napisał w r. 1855 ważną pracę, w której starał się wykazać, że cholesteatomat należy do tworów heterologicznych, ponieważ powstaje w miejscach, które normalnie nie zawierają naskórka, ani też pierwiastków podobnych do naskórka; nazwę tę ograniczył wyłącznie do tych form guzów perlitych, których heterologia jest wyraźna. Według niego nie można nazywać cholesteatomatem każdego kłęba naskórkowego na skórze. Za takie twory heterologiczne uważa VIRCHOW między innymi i cholesteatomy ucha, których opisują dwa przypadki. Cholesteatomy, rozwijające się na powierzchniach wrzodziejących, VIRCHOW wbrew zdaniu J. MÜLLER'a wyłącza z tej kategorii nowotworów, tak samo nowotwory skórne (Dermoidy) oraz kaszaki (Atheroma), zaliczone do cholesteatomatów przez ROKITANSKY'ego, VOGEL'a i SCHUH'a. VIRCHOW znalazł guzy perliste kości skalistej w górnym zewnętrznym kącie jamy bębnekowej w kierunku komórek wyrostka sutkowego, t. j. w miejscu, gdzie według jego zdania kość zanika, i na miejscu tkanki zbitej rozwijają się przestrzenie powietrzne, co może mieć związek z rozwojem mas naskórkowych. BEZOLD w następstwie wykazał, że przestrzeń po za i nad jamą bębnekową już u noworodków składa się z drobnokomórkowej, gąbczastej masy kostnej, że zatem zamiana tkanki zbitej na gąbczastą miejsca mieć nie może.

Prócz tego VIRCHOW twierdził stanowczo, że guzy perliste nie powstają skutkiem zamiany błony śluzowej jamy bębnekowej w naskórek, ponie-

waż nigdy nie spostrzegł cholesteatomatu w jamie bębenkowej. Pogląd VIRCHOW'a podzielili BIRCH-HIRSCHFELD, FÖRSTER i inni. Z powodu wystąpienia KÜSTER'a w r. 1889 starał się VIRCHOW bronić dawniejszego poglądu swego, już jednak dodał, że pomimo wznovionych badań swoich, nie jest w stanie powiedzieć, jak powstają cholesteatomy. KÜSTER i MIKULICZ uważają cholesteatomy ucha za guzy pierwotne, wrodzone ścian kostnych ucha środkowego, analogiczne z głębokimi kaszakami szyi, guzami skórzastymi; powstają one skutkiem oddzielenia się pierwiastków naskórkowych od pierwszej szczeliny skrzelowej. Przeciw zdaniu VIRCHOW'a wystąpił TRÖLTSCH, twierdząc, że cholesteatomy ucha nie stanowią nowotworów pierwotnych, ani też heteroplastycznych, że w największej liczbie przypadków są to następstwa spraw zapalnych ucha, których produkty stopniowo nagromadzają się w wielkiej ilości, zasychają skutkiem ciągłego narastania obwodowego, zamieniają się w ciało stałe, tworząc rodzaj guza. Na zarzut czyniony, że własność komórek w warstwach powierzchniowych cholesteatomatu jest inna od komórek jamy bębenkowej, że jest to zatem twór heteroplastyczny, odpowiada TRÖLTSCH, że i w normalnej jamie sutkowej napotykaemy podobne duże, płaskie komórki, a zresztą może nabłonek powierzchniowy skutkiem ciągłego drażnienia uleść licznym przemianom. Obecność cholestearyny jest dla TRÖLTSCH'a łatwo zrozumiała; widzimy ją wszędzie tam, gdzie substancje tłuszczowe ulegają zastojowi skutkiem braku w nich przemiany materii przez pewien czas. Znajdująca się w środku ropa zserowaciała powstaje skutkiem wyschnięcia wydzieliny i tłuszczowego zwyrodnienia wszystkich pierwiastków. Teoria TRÖLTSCH'a o powstawaniu cholesteatomatów mało znalazła zwolenników.

WENDT poczytuje cholesteatomy za produkty zapalenia łuszczącego błony śluzowej ucha środkowego (*otitis desquamativa*). Skutkiem owego zapalenia, błona śluzowa ucha środkowego wciąż wytwarza znaczną ilość nabłonków, gromadzących się w jamach sąsiednich i wywierających ucisk na części otaczające. Nabłonek, będąc wystawiony, przy istniejącym otworze w błonie bębenkowej, na szkodliwości zewnętrzne, przyjmuje charakter naskórka, w którym nawet wytwarza się siatka MALPIGHI'ego. LUCAE i POLITZER przypuszczają możliwość istnienia pierwotnych cholesteatomatów; wszelako w największej liczbie przypadków uważają je za sprawy wtórne. Takiego samego zdania są SCHWARTZE, STEINBRÜGGE i KUHN. LUCAE widywał wielokrotnie ziarninę ucha środkowego, skombinowaną z cholesteatomatami, które według niego powstają skutkiem proliferacyi naskórka i oderwania się jego warstw powierzchniowych. Warstwy te, gromadząc się w uchu środkowym, wytwarzają cholesteatomy. POLITZER widział małe kulki, wypełnione nabłonkiem w zagłębieniach gruczołowatych bujającej błony śluzowej jamy bębenkowej, kulki te wytwarzają się skutkiem zarośnięcia ujść górnych zagłębień błony śluzowej. POLITZER poczytuje je za cholesteatomy, które w miarę wzrostu powiększają się i dają początek większym guzom perlistym w kości skroniowej. SCHWARTZE uważa cholesteatomat kości skroniowej w największej liczbie przypadków za produkt różnorodnych spraw zapalnych, za zatrzymanie tychże produktów. Prawdziwy nowotwór należy do największych rzadkości. KUHN powiada, że przy dzisiejszym stanie nauki guz perlisty kości skroniowej stanowi albo prawdziwy nowotwór heteroplastyczny ucha, jak to przyjmuje VIRCHOW dla wszystkich przypadków, lub też powstaje

wtórnie w przewlekłych sprawach ropnych ucha. Jakim sposobem powstaje, to pytanie KUHŃ pozostawia nierozstrzygniętem, sądzi wszelako, że badania anatomo-patologiczne BEZOLD'a i HABERMANN'a w połączeniu z pewnemi spostrzeżeniami klinicznemi dają pod tym względem pewne wyjaśnienia.

(C. d. n.).

## DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZA

### Stacyi klimatycznej oraz zakładu kumysowego i wodoleczniczego w Sławucie za ubiegłych lat 25.

Przyczynek do historii rozwoju naszych miejscowości leczniczych.

Podał

**H. DOBRZYCKI.**

(Ciąg dalszy. — Zob. Nr. 20).

#### Działalność lecznicza i t. d.

Rozejrzawszy się w cyfrach, jakie nam podaje tabliczka frekwencyi chorych za lat 17-cie (patrz str. 443 w poprzednim numerze), uderza nas bardzo znaczna przewaga chorych piersiowych nad wszystkimi innymi; na 9432 bowiem chorych ogółem było leczonych na piersi osób 7306, czyli, że ci stanowili 78% przeszło, kiedy na inne grupy chorobne wypadło niecałe 22%. Podobne ugrupowanie się chorych daje podstawę do wniosku, że, jeżeli stała przewaga chorych piersiowych nad innymi, do Sławuty przybywającymi, jak to cyfry przekonywają, się ustaliła, to nie tylko dla tego, że specjalnością Sławuty jest kumys, który gra niemałą rolę pomocniczą w leczeniu wszelkich stanów chorobnych, cechujących się upadkiem odżywiania, lecz zarazem i dla tego, że warunki klimatyczne Sławuty, na które głównie liczymy, przynoszą chorym istotną ulgę i działają jako pierwszorzędnny czynnik leczniczy.

Spostrzeżenia moje, dokonywane od roku 1879 do 1882 włącznie w lecznicy wśród lasów położonej dla chorych piersiowych w Mieni na 242 przeważnie ciężko chorych na gruźlicę osobach, jak również w ciągu ostatnich lat siedemnastu takichże chorych w Sławucie, przekonały mnie niezbitnie, iż w klimacie leśnym posiadamy potężny czynnik leczniczy, który, stosowany metodycznie, w największej liczbie przypadków może wszelkie inne klimaty zastąpić, nie wyjmując nawet klimatu górskiego, który dopiero wtedy nad innymi klimatami góruje, gdy dana miejscowość górską rozporządza znacznymi przestrzeniami leśnemi. Szczególniej klimat leśny działa pomyślnie i w wysokim stopniu łagodząco na wszelkie sprawy gruźlicze, powikłane zajęciem krtani oraz na gojenie się ran pooperacyjnych w krtani. Na tym punkcie, wedle mego przekonania, nawet klimat nadmorski w południowym podniebiu klimatowi leśnemu ustąpić musi, jeżeli się zastanowimy nad tem, co nazywamy konstytucją klimatyczną, czyli weźmiemy pod uwagę całą sumę korzystnych warunków, związanych z istnieniem wielkich

przestrzeni leśnych, z owem morzem lasów, dotąd leczniczo niewyzyskanych, a w które między innymi tak bogata jest ziemia wołyńska

Nie wątpię ani na chwilę, iż przyjdzie czas, w którym wielkie prze-strzenie lasów iglastych gdziekolwiek one istnieć będą, zostaną spożytkowane na sanatoria dla chorych piersiowych lub na instytucje, w których osoby, do choroby piersiowej z natury usposobione, znajdą możliwość długoletniego pobytu i będą mogły tamże zająć się produkcyjną pracą.

Aczkolwiek grupa chorych niepiersiowych przedstawia pokaźną cyfrę, bo 2126 przypadków, i daje pole do wypowiedzenia niejednej uwagi, mającej praktyczne znaczenie, jednak pozostawimy ją na uboczu, a zajmiemy się wyłącznie treściwym omówieniem przypadków, dotyczących chorych gruźliczych, jako główny materiał leczniczy stanowiących.

Idąc za przykładem dawnych sprawozdań, ogół chorych piersiowych, 7306 osób wynoszący, rozmieściliśmy w 4-ch grupach.

Do pierwszej grupy zaliczyliśmy chorych z nieżytami oskrzeli, bądź to umiejscowionymi (szczytowymi), bądź rozlanymi, cechującymi się częstymi nawrotami, a zatem takimi, którym pewne zmiany, zaszele w utkaniu błony śluzowej już towarzyszą. Grupa ta zatem obejmuje przypadki, stojące, że tak powiem, na pograniczu między przypadkami gruźliczego a niegruźliczego pochodzenia, gdzie wobec braku innych objawów i w obec faktu, że nieznanie laseczników Koch'a w płwocinie bynajmniej istnienia gruźlicy nie wyłącza, stawia rozpoznanie danej sprawy pod znakiem zapytania, i gdzie dalsza potem obserwacja niejednokrotnie istnienie gruźlicy stwierdza. Jestto grupa cierpień nieżytowych, którą od ostrych lub podostrych grup tego cierpienia stanowczo wyróżnić należy, gdyż one pod względem etiologicznym grają niezmiernie ważną rolę jako moment w najwyższym stopniu do gruźlicy albo raczej do zarażenia się nią usposabiający. To mając na względzie, uważałem za słuszne pomieścić częstymi nawrotami się cechujące nieżyty dróg oddechowych w grupie chorób, ogólnem mianem suchot płucnych oznaczanych, i uważać je za pierwsze ogniwo długiego łańcucha cierpień, za podkład gruźlicę mających. Opierając pogląd ten na szeregu spostrzeżeń, pozwoliłem sobie zasadniczą myśl streścić w postaci aforyzmu: iż kto ulega często powtarzającym się nieżytom dróg oddechowych, ten jest w przededniu suchot. Wprawdzie były to czasy przedkochowskie\*), lecz i dzisiaj aforyzm ten nic nie stracił na swej sile, gdyż powtarzamy, niewykrycie lasecznika w płwocinie wcale istnienia gruźlicy nie wyłącza. W przypadkach tej kategorii miesiącami całymi nie znajdujemy lasecznika i podejrzewamy tylko, że mamy w danym przypadku do czynienia z gruźlicą; tymczasem nadchodzi chwila, w której lasecznik u tegoż chorego staje się zjawiskiem stałym, a wtedy wątpliwość zostaje rozwiązana. Tu więc nieżyt, bez względu na to, czy mu towarzyszył lasecznik, czy nie, stanowił pierwszy etap sprawy, która później już wątpliwości nie przedstawiała. Ztąd bezpośredni i logicznie uzasadniony wysnuwa się wniosek, iż wszelkie często powtarzające się nieżyty dróg oddechowych powinny być traktowane tak, jak choroba poważna, dla której usunięcia przedsięwzięte się całą sumę środków i warunków, jakie przeciwko już zupełnie rozwiniętej chorobie bywają stosowane. Otóż liczba przypadków, tylko co omówionych wynosiła 1041.

\*) Patrz „Medycyna“ z roku 1880 str. 294 gdzie „nieżyt“ postawiłem na pierwszym miejscu w dziale obejmującym gruźlicę.

Drugą grupę, liczebnie największą, bo wynoszącą osób 3570, to jest prawie ściśle tyle, ile pozostałe trzy razem wzięte, stanowiły przypadki zajęcia miąższu płucnego, zdradzające się mniejszymi lub większymi zmianami opukowemi i przysłuchowemi, wszelako bez dających się stwierdzić zniszczeń tego miąższu, i przy niewysoko jeszcze posuniętych zaburzeniach w ogólnem odżywianiu. Zatem, jest to grupa, która mieści w sobie sprawy, już żadnej wątpliwości co do natury swej nie przedstawiające, bez względu na to, czy obecność łaseczników w płwocinie stwierdzić się dała, czy nie. Z punktu widzenia anatomo-patologicznego należą tu wszelkie sprawy około-oskrzelowe (*peribronchitis*) bądź to mniej, bądź więcej rozległe; nacieki, jak wiadomo, przeważnie w jednym lub drugim szczycie płuc swe siedlisko mające, bądź więcej lub mniej rozlane i t. d. Lubo wobec spraw podobnych czynność narządu oddechowego *quoad capacitatem* jest mniej lub więcej ograniczona, jak o tem spirometr przekonywa, wyrównanie sprawności narządu może jeszcze nastąpić, gdyż przyczyny, ograniczające rozszerzalność narządu lub ograniczające pewne odcinki płuc w funkcji, jeszcze z naczynego nie dosięgły stopnia. Aczkolwiek *restitutio ad integrum* w tej grupie jest zjawiskiem rzadkiem, daje się ono jednak niewątpliwie stwierdzić. Poprawa zaś znaczna i to w tym stopniu, że chory czuje się podmiotowo bardzo dobrze, choć badanie wykazuje istnienie zmian w narządzie oddechowym, należy do częstych. Granice polepszeń oraz stopnie polepszeń są w tej grupie bardzo obszerne: od nieznacznej, choć niewątpliwej poprawy aż do odzyskania względnego zdrowia.

Część grupy tej jednak mieści w sobie pewną liczbę przypadków, które się bardzo szybko w sposób fatalny kończą; tu należą przypadki nawet niezbyt rozległych, a nawet ledwie stwierdzić się badaniem dających nacieków gruźliczych, które niezmiernie szybko przechodzą w rozpad i ze sprawy przeważnie miejscowej zamieniają się na ogólną, ustrojową. Są one właściwe przeważnie młodszemu wiekowi i występują u osób wątłej budowy z upośledzeniem odżywiania, polegającym na wysokiem ograniczeniu sprawności asymilacji, mającej bardzo niedostateczną hematozę za następstwo. Pod względem rokowania przypadki takie są o wiele gorsze, aniżeli przypadki, w których już przyszło do utraty substancji, t. j. do jam w płucach, a które, jak wiadomo, mogą trwać nieraz bardzo długo, posiadając charakter sprawy ukończonej, czysto biernej, gdy sprawy rozpadowe, jako czynne, grożą ustrojowi w każdym momencie.

W grupie trzeciej mieścimy przypadki, w których, oprócz zjawisk dwom poprzednim grupom właściwych, daje się stwierdzić mniejsze lub większe zniszczenie miąższu płucnego, t. j. jamy, jednakże bez wybitnych zaburzeń w odżywianiu, czyli bez denutrycji, jaką zwykle już *sub finem* dostrzegamy. Tu także zaliczyliśmy przypadki rozstrzeni oskrzelowej, które lubo nie stanowią liczebnie poważnej cyfry, jednak pod względem rokowania i leczenia może są gorsze jeszcze od jam gruźliczych, gdyż towarzyszą zwykle sprawom bardzo rozległym, t. j. na znacznej przestrzeni się toczącym. Przypadków wyżej określonych mieliśmy razem 2329. Jestto zatem grupa, zajmująca pod względem liczby przypadków drugie miejsce.

Nareszcie, ostatnia grupa, najmniejsza, mieści w sobie przypadki już wysoko bardzo rozwiniętej choroby, zatem takie, które, oprócz zmian trzem pierwszym grupom właściwych, przedstawiają większe lub mniejsze zaburzenia w całym ustroju, świadczące o uogólnieniu się choroby i pod względem

rokowania nie dające już żadnej nadziei. Takich przypadków naliczyliśmy 366 za cały czas naszych spostrzeżeń.

Jeżeli dla uwyraźnienia stosunków liczebnych, zachodzących pomiędzy temi czterema grupami, zredukujemy cyfry większe na mniejsze przez przyjęcie najmniejszej grupy za jednostkę, to cyfrowo grupy powyższe przedstawia się jak  $3 : 10 : 7 : 1$ , co stanowi sumę 21, czyli, że grupa druga stanowi mało co mniej, niż połowę wszystkich przypadków, bo  $\frac{10}{21}$ ; trzecia ściśle jedną trzecią część wszystkich, bo  $\frac{7}{21}$ ; pierwsza jedną siódmą wszystkich bo  $\frac{3}{21}$ , i na koniec ostatnia nieco mniej niż jedną dwudziestą część wszystkich, bo  $\frac{1}{21}$ .

Powyżej zajęliśmy się bliższem przedstawieniem podziału całego leczniczego materiału pod względem klinicznym. Z punktu widzenia anatomiczno-patologicznego materiał ten zasługiwałby również na rozpatrzenie; pod względem praktycznym jednak nie miałoby to znaczenia; ograniczymy się przeto przytoczeniem, iż w materiale, z 7306 przypadków złożonym, jaki był przedmiotem spostrzeżeń, największą grupę stanowiły sprawy naciekowe, gdzie siedliskiem sprawy był mięszsz płuc. Przypadków, w których punktem wyjścia choroby były gruźle szyjowe, a w których osobnik dotąd zdrowy zauważył ich obrzmiewanie, cechujące się wielką uporczywością pomimo stosowania różnych środków, po którym to obrzmieniu dopiero objawy ze strony płuc wystąpiły, była liczba dość znaczna. Postać tę, którąby *phthisis adenogenica* nazwać można, należy do najzłośliwszych. Ciągnąć się one mogą bardzo nawet długo, ale rokowanie w nich zawsze jest niepomyślne. Wczesne usunięcie gruźli na drodze operacyjnej może najlepsze dawać wyniki, opóźniając znacznie rozwój choroby, która bez najmniejszej wątpliwości, bez wykonania operacji, rozwinęłaby się daleko wcześniej.

Przypadków, których punktem wyjścia choroby są sprawy zapalne w opłucnie, występujące przeważnie nagle u osobników, które dotąd chorobom dróg oddechowych nie ulegały, liczba jest znaczniejsza. Taka *phthisis pleurogenica* pod względem liczebnym jest częstsza, niż postać gruźlowa. Sprawy, cechujące się rozrostem tkanki łącznej (*phthisis fibrosa*); sprawy, powikłane rozdęciem płuc; stany, będące następstwem przebytych różnych spraw zapalnych w opłucnie (czy to t. z. *pleuritis exudativa* czy *sicca*), występujące jako następstwo tych cierpień (*residua postpleuropneumonia*), już też jako cierpienie będące dalszym ich ciągiem; wreszcie, sprawy gruźlicze, toczące się po za narządem oddechowym lub współcześnie w wielu naraz narządach i t. d. i t. d. jednym słowem wszystkie te postacie chorobne, jakie zna patologia, znalazły się wśród tych 7306 przypadków.

Do grupy przypadków pod względem klinicznym niezmiernie ważnych należą przypadki, powikłane cierpieniem krtani, gdyż pojawienie się onego decyduje w największej liczbie przypadków o losie chorego. Częstokroć przez lat wiele mamy w obserwacji chorych, których stan jest znośny, wcale niezły nawet, dozwalaający im pracować i spełniać wszelkie czynności, jak ludziom zdrowym, gdy naraz pojawiające się powikłanie ze strony krtani przyśpiesza w sposób szybki ich koniec. Powikłanie to, które może wystąpić zarówno na początku choroby jako cierpienie samoistne, aczkolwiek rzadko, jak również i w różnych momentach jej przebiegu lub też *sub finem*, występuje jako zjawisko dość stałe, jako odsetka, nieznaczne wahania przedstawiająca.

Cyfry bowiem, jakie w ciągu lat 17 zanotowaliśmy, prawie stale się powtarzały i przeciętnie wahały między 6,2% a 8,3% — czyli przeciętnie 7,25%, bowiem na ogólną sumę wszystkich chorych 7306 mieliśmy przypadków, powikłanych gruźlicą krtani — 529.

Cyfry jednak, dostarczane przez różne stacje lecznicze, brane w oderwaniu nie mogą nam przedstawić istotnego stanu rzeczy pod względem odsetki lub też liczby osób, gruźlicy krtani uległych. Cyfry, otrzymane np. ze stacji górskich, mianowicie nieco ostrzejszy klimat posiadających, będą niewątpliwie znacznie niższe, niż te, jakie otrzymamy ze stacji nadmorskich u morza południowych lub w stacjach leśnych, gdyż do pierwszych rzadko kiedy chorych z zajęciem krtani posyłamy. Inna więc będzie statystyka otrzymana np. z Davos lub Zakopanego, a inna z Nervi, Mentony lub Sławuty. Cyfrę zbliżoną do prawdy daćby nam tylko mogła statystyka, zebrana z różnych stacji klimatycznych i wielką liczbę przypadków obejmująca.

\*

\*

\*

Rozpatrzywszy się w powyżej przytoczonych cyfrach statystycznych, dotyczących ogółu chorych podzielonych na 4 główne zasadnicze grupy, wyrażające się cyframi: 1041 + 3570 + 2329 + 366 = 7306, i stwierdziwszy ten smutny fakt, że znakomita większość ich przybywa z chorobą w tak wysokim stopniu rozwiniętą, że o uratowaniu ich mowy być nie może, bardzo przygnębiającego doznaje się uczucia. Dwie ostatnie bowiem grupy, wynoszące więcej, niż jedną trzecią ogólnej summy (ściśle  $\frac{2}{3}$ ) już są na pochyłości, skąd cofnięcie się już jest niemożliwe. Z grupy drugiej liczebnie największej, pewna, nawet dość znaczna część chorych mogłaby jeszcze być uratowana i osiągnąć względne wyleczenie, gdyby nie to, że niemal wszyscy są to ludzie pozbawieni warunków, któreby im możliwość przeprowadzenia metodycznej dłuższej kuracji zapewnić mogły. Są to zatem przypadki, które prędzej czy później w dwóch ostatnich grupach się znajdują, lub też, co prawdopodobniejsze, i tego stopnia rozwoju choroby nie doczekają, ginąc wśród objawów jej uogólnienia się. Ściśle przeto biorąc, zaledwie jakaś mała część, w żadnym razie jednak jednej szóstej lub jednej piątej części wszystkich przypadków nie nieprzekraczająca, może być przedmiotem skutecznego leczenia.

Jeżeli tę statystykę porównamy ze statystyką, ogłoszoną za ostatnie lata z ludowych sanatoryjów w Niemczech, kolosalną znajdziemy różnicę pod względem materiału leczniczego; bo gdy u nas liczba nierokujących nadziei wyleczenia, do uzdrowisk przybywająca, stanowi olbrzymią przewagę nad wszystkimi innymi, to tam jest całkiem odwrotnie. Tam bowiem kwalifikują do sanatoryjów tylko chorych, odpowiadających w naszej klasyfikacji pierwszej grupie, i może bardzo małą liczbę z drugiej grupy; nic więc dziwnego, że otrzymują tam znakomite wyniki. Jak to objaśnić?

Ile razy w jakimś zjawisku społecznym, w jakimś ujemnym przejawie naszego życia doszukujemy się przyczyn nienormalnego położenia, zawsze ten nieszczęsny brak oświaty, jak hydra, głowę podnosi. Nigdzie on też jawniej nie występuje, niż w danym przypadku.

Nikt bowiem nie zaprzeczy, że człowiek oświecony daleko wcześniej udaje się o pomoc w chorobie, niż człowiek ciemny, który wtedy dopiero jej szuka, gdy już jest zapóźno. Odnosi się to nietylko do ludu naszego, lecz



i do warstw, stojących o wiele wyżej pod względem oświaty. Jeżeli jednak w Niemczech jest w tym względzie ocale nieco lepiej, niż u nas, to niezależnie od wyższej kultury, jaką tam widzimy w całych masach, istnieją jeszcze instytucje, ułatwiające korzystanie z ludowych sanatoryjów, w czym nie małą rolę gra zasada nienarazania na straty tychże instytucji. Wobec bowiem obowiązkowego ubezpieczenia klas pracujących i wybornej organizacji lekarzy fabrycznych, każdy pracownik, u którego choć najmniejszy objaw, mogący obudzić podejrzenie początku choroby, się dostrzeże, zostaje poddany jaknajstaranniejszemu badaniu, a w razie stwierdzenia początku choroby, zostaje natychmiast umieszczony w sanatorium aż do czasu zupełnego wyleczenia. Towarzystwo ubezpieczeń bowiem woli za leczenie w sanatorium stowarzyszonego zapłacić np. 500 marek, aniżeli na wypadek jego śmierci z suchot zapłacić rodzinie pięć tysięcy. Nic dziwnego, że podobne stowarzyszenia własnym kosztem wnoszą sanatoria, i jeszcze znakomite na tem robią interesy. Jeżeli zważymy na nasze stosunki, a nadto weźmiemy pod uwagę to, że na podobną organizację chyba długo czekać nam wypadnie, to widoki dla sanatoryjów ludowych u nas wcale się zachęcająco nie zarysowują. Działać jednak trzeba.

(D. n.).

## STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

39. UULENDUTH. Sposób odróżnienia rodzaju krwi — rozpoznanie krwi ludzkiej. W odstępach 6—8 dniowych wstrzykuje autor królikom do jamy brzusznej po 10 cm. sz. odwłóknionej krwi wołowej. Po 5 zastrzyknięciach otrzymuje się z krwi tych królików surowicę, zdatną do badań. Mianowicie, krew, pochodzącą od różnych zwierząt, rozcieńcza się zwyczajną wodą aż do otrzymania jednostajnego słaboczerwonego zabarwienia (1 : 100) i odstawia się do uprzeczyszczenia lub wprost filtruje się. Z tak otrzymanych przezroczystych roztworów bierze się po 2 cm. sz. do probówek o 6 mm. średnicy i rozcieńcza się równą ilością podwójnego fizyologicznego roztworu soli kuchennej (1,6%). Takie roztwory autor przygotował z krwi 19 zwierząt, w tem i z ludzkiej. Gdy do któregośkolwiek z tych roztworów dodaje się 6—8 kropel wyżej wskazanej surowicy króliczej — mieszanina pozostaje przezroczystą — z wyjątkiem jedynie roztworu krwi wołowej, która dość prędko mętnieje, a po niejakiem czasie wykazuje obfite osady na dnie probówki. Normalna surowica krwi królika z podobnym roztworem krwi wołowej mętu nie daje. Wychodząc z powyższego spostrzeżenia, próbował autor działania surowicy krwi królików, którym do jamy otrzewnej zastrzykiwał uprzednio krew ludzką.

W tym wypadku z pośród 19 prób krwi różnych zwierząt mętu okazał się jedynie w roztworze krwi ludzkiej; inne próby pozostały zupełnie przezroczyste, a normalna surowica królicza nie dawała mętu z roztworem krwi ludzkiej.

Sposób ten więc pozwala rozpoznać pochodzenie danej próby krwi, a jest tem ważniejszy, że dostateczne są już najmniejsze jej ilości. Idzie tylko o to, aby mieć pod ręką surowicę odpowiednio przygotowanych zwierząt.

Autor zbadał w ten sposób zaschłą na desce w ciągu 4 tygodni krew ludzką, końską i wołową, — a wynik otrzymał zupełny.

(*Deut. Med. Wochenschr. Nr. 6. 1901.*)

*Luxenburg.*

40. E. MENDEL. Wiąd mlecza wśród kobiet. Przyjmuje się ogólnie, że wśród mężczyzn wiąd mlecza spostrzega się częściej, aniżeli wśród kobiet.

*Med. Nr. 21*

W świetle cyfr stosunek ten wyraża się podług ERB'a, — 19,5:1, FOURNIER'a — 26:1 KOZŁEWNIKOWA 11:1 MOCZUTKOWSKIEGO — 13:1. Według berlińskich neurologów statystyka wykazuje: w klinice WESTPHAL'a — 2,7:1, JOLLY'ego — 1,6:1, REMAK'a — 3,3:1, BERNHAARDT'a — 6,2:1.

Z ogromnego materiału własnej polikliniki (42464 chorych) autor otrzymał stosunek 2,7:1, czyli zgodnie z danymi z kliniki WESTPHAL'a. Natomiast w praktyce prywatnej, czyli wśród zamożniejszych pacjentów, wypada 25:1. Ztąd wniosek, że częstość władu mlecza wśród kobiet odpowiada teje co do bezwładu postępującego, t. j. że zmniejsza się w miarę zamożności pacjentów.

Co do wieku, to wśród kobiet niemal połowa przypadków spostrzega się między 35 i 45 rokiem życia, zaś wśród mężczyzn — między 31 i 40, czyli nieco wcześniej w porównaniu z kobietami.

Z 288 pacjentek autora było zamężnych 252, z tych zaś — bezdzietnych 83, a to bądź z braku ciąży, bądź z poronień lub też z powodu śmierci dzieci w pierwszych dniach życia. Opierając się na ogólnych danych, że bezdzietność ma miejsce w 10—12 przypadkach na 100 małżeństw, wypada, że wśród tabetycznych kobiet objaw ten 3 razy jest częstszy.

Co do objawów władu u kobiet, to mają one na ogół przebieg powolny i łagodniejszy, aniżeli u mężczyzn; bezład występuje później, cierpienia stawowe i t. zw. *crises* są rzadkie; ślepotą jednak bodaj częstsza jest, niż u mężczyzn. Zśród powikłań władu u kobiet najczęściej spostrzega się histerya.

(*Neurol. Ctbl. Nr. 1. 1901.*)

*Luxenburg.*

## XXX ZJAZD CHIRURGÓW NIEMIECKICH W BERLINIE.

(Sprawozdanie własne).

(Dokończenie—Zob. N r. 20).

### Sprawozdanie z posiedzenia dnia 13 kwietnia r. b.

Posiedzenie dzisiejsze rozpoczęto odczytem EISELSBERG'a (Wiedeń) o uranoplastyce, następne zaś poświęcone były chirurgii kości i stawów. Uruchomienie całkiem sztywnych stawów drogą operacyjną połączone jest z wieloma niedogodnościami; wprawdzie, kości zrastają się w położeniu korzystniejszym dla pacjenta, ale ruchy bierne i czynne, które należałoby wykonywać po operacji, zostają zaniechane z powodu szalonych bólów. Dotyczy to zwłaszcza stawu łokciowego.

WOLFF (Berlin) i KOCHER (Bern) opisują nowe zabiegi pooperacyjne, pozwalające wykonywać ruchy czynne ze znacznie mniejszą bolesnością, niż dotąd.

Następnie WOLFF (Berlin) podaje nowy sposób leczenia złamań rzepki. Jednak zdarza się, że i bez operacji złamania rzepki goją się same przez się tak, że pacjent może swobodnie chodzić. Świadczy o tem przypadek jednego z uczestników zjazdu, który przed 15 laty złamał rzepkę, a dziś może nawet biegać po schodach, pomimo, że nie robiono mu żadnej operacji.

W dalszym toku rozpraw BUNGE (Królewiec) mówi o kikutach amputacyjnych diafiz kości dolnych kończyn. Nad przedmiotem tym pracował zwłaszcza BIER, ale podał metodę bardzo skomplikowaną. BUNGE osiąga dobre rezultaty drogą prostszą: polega ona na wyskrobaniu jamy szpikowej i odłuszczeniu okostny. Kikut wtedy staje się zupełnie niebolesnym na ucisk i doskonale wytrzy-

muje ciężar ciała. Referent demonstruje chłopca, u którego bardzo mocne uderzenia kijem w kikut nie wywoływały żadnego bólu.

W dyskusji przyjmowali udział SCHEDE (Bonn) i BIER (Gryfia).

Następnie HOFMEISTER (Tubinga) podaje nowy sposób nastawienia zwichniętego ramienia.

HILDEBRAND (Bazylea) mówi o nowych metodach operacyjnych habitualnych i zastarzałych zwichnięć.

ROTTER (Berlin) przedstawia chorą, u której przed 4 laty zmuszony był wykonać rezekcję całej kości ramieniowej; chora, u której przedramię przytyka wprost do stawu ramieniowego, może przy pomocy niewielkiego aparatu podtrzymującego szyć ręcznie i wykonywać inne drobne ruchy palców.

KATZENSTEIN (Berlin) demonstruje dwa przypadki *spinæ bifidæ occultæ* u dzieci. Jeden z nich symulował *poliomyelitis anterior acuta*, objawy rdzeniowe ustąpiły po operacji.

Po tych wykładach przystąpiono do etiologii raka.

Nils SJÖBRING (Lund) mówi o swoich badaniach nad pasorzytami raka i demonstruje preparaty mikroskopowe. Są to twory podobne do plazmodyi ziemnych, obdarzone jakoby zdolnością wywoływania nowotworów rakowatych. Autorowi udało się otrzymać czystą hodowlę tych pasorzytów.

Po referacie wywiązała się nader ożywiona dyskusja, w której przyjęli udział O. ISRAEL (Berlin), JÜRGENS (Berlin) i inni. Wszyscy oni występowali przeciwko wywodom referenta. GUSSENBAUER (Wiedeń) zaznacza, że widział takie twory już przed kilkunastu laty w tkance rakowej, nigdy jednak nie mógł otrzymać czystej hodowli.

Powracając do debatów nad operacjami na kościach, PAYR (Graz) podnosi znaczenie zachowania niektórych mięśni przy krwawem nastawieniu stawu biodrowego u dorosłych.

HESNER (Barmen), GOCHT (Würzburg) i CRAMER (Wiesbaden) mówią o leczeniu przykurczeń po zapaleniu stawu kolanowego.

JOACHIMSTHAL (Berlin) podaje przyczynek do zachowania się stawu biodrowego przy wrodzonym zwichnięciu, pokazuje chorych oraz serye zdjęć roentgenowskich, ilustrujących przebieg sprawy.

REINHARD (Magdeburg) demonstruje chorego z *coxæ valga*.

FRANKE opisuje bardzo ciekawy przypadek całkowitego wycięcia trzustki z powodu raka pierwotnego. Chora żyła jeszcze pół roku; mocz, systematycznie badany, ani razu nie zawierał cukru; kał nigdy nie wykazał nadmiaru tłuszczu. Chora zmarła nie wskutek *comæ diabeticum*, lecz wskutek charłactwa rakowatego. Badanie pośmiertne stwierdziło całkowite usunięcie trzustki oraz brak jakiegokolwiek narządu, który można byłoby uważać za trzustkę dodatkową. Przypadek ten po raz pierwszy świadczy, wbrew ogólnemu mniemaniu, że ustrój może pozostać przy życiu bez trzustki, i że brak tej ostatniej niekoniecznie prowadzi do moczołki cukrowej. Za pierwszą oznakę pierwotnego raka trzustki uważa referent zwłaszcza silne bóle brzucha i szybki upa dek sił.

W dyskusji KÖRTE (Berlin) zaznacza, że, mimo częściowego tylko wycięcia trzustki, jego pacjenci zawsze kończyli na *comæ diabeticum*.

AHRENS (Bonn) demonstruje niemniej ciekawy przypadek *inclusio foetalis in mesocolo ascendente*. Przy operacji znaleziono guz, który jak badanie drobnowidzowe wykazało, był drugim żołądkiem. Chodziło tu więc o podwójny związek żołądka wskutek zбочenia rozwojowego. Godny zaznaczenia jest fakt, że

w tym drugim żołądku rozwinęły się owrzodzenia, ale tylko w miejscach, pozabawionych normalnego nabłonka żołądkowego.

RINDFLEISCH (Stendal) próbował pomyślnie na królikach usunąć prostą drogą zgangrenowane części jelita przez wepchnięcie ich do światła kiszek. Przypuszcza on, że metoda ta dalaby się zastosować u ludzi przy zgangrenowanych przepuklinach, zwłaszcza, gdy trzeba operować w niepomyślnych warunkach zewnętrznych.

Nareszcie GOLDMANN (Fryburg) mówi o patogenezie i leczeniu keloidu. Na zasadzie swoich badań radzi on pokrywać defekty skórne, powstałe po wycięciu keloidu, skórą, transplantomaną z innych okolic.

SENDER (Magdeburg) zaznacza, że i jemu ta metoda dała bardzo dobre wyniki.

LAUENSTEIN (Hamburg) miał sposobność w podobnym przypadku stwierdzić, że keloid wytwarza się tylko po tych cierpieniach, które sięgały w głąb tkanki łącznej podskórnej, a nie po takich, które nie wychodzą po za granicę skóry.

Ostatnie posiedzenie popołudniowe poświęcone było leczeniu ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego. Zabierali głos zarówno zwolennicy, jak i przeciwnicy operacji: pierwsi zalecają ją w każdym przypadku i to już zaraz po rozpoznaniu. Powiadają oni, że cierpienie to samo przez się jest bardzo groźne, gdyż nawet przy napozór bardzo łagodnym początku może nastąpić nader ciężki przebieg, kończący się nawet śmiercią; z drugiej strony operacja, wcześniej wykonana, gdy wyrostek robaczkowy nie uległ jeszcze znacznym zmianom, nie ciąga za sobą żadnego niebezpieczeństwa. Natomiast lekarz wie, że usunął niebezpieczeństwo, grożące życiu chorego, oraz zabezpieczył go od powtórzenia się tej sprawy. Przeciwnicy operacji godzą się na nią nawet już w pierwszym okresie choroby, ale tylko wtedy, gdy wystąpią alarmujące objawy; jednocześnie zwracają jednak uwagę, że zdarzają się nieraz przypadki wyzdrowienia bez operacji, nawet przystosunkowo bardzo ciężkich objawach ogólnych. Wogóle wykonanie operacji pożądane jest dopiero wtedy, gdy ustąpią zupełnie objawy ostrego zapalenia, choć i wtedy operacja nie jest absolutnie bezpieczna, jak o tem świadczą pojedyncze przypadki zejścia śmiertelnego.

Pierwszy referent REHN (Frankfurt n. M.) jest bezwzględny zwolennikiem operacji. Zdaniem jego, chorobę tę możemy dziś łatwiej rozpoznać, ale przebieg jej, przynajmniej w jego praktyce, jest groźniejszy, niż dawniej. Rokowanie w żadnym przypadku nie jest pewne. Na 158 przypadków miał 42 przypadki śmiertelne, z tych 38 wskutek rozlanego zapalenia otrzewny.

ROTTER (Berlin) jest bardziej konserwatywny; na 213 przypadków operował w pierwszym okresie 55 razy (t. j. 26%), a w drugim trochę więcej. Śmiertelność wynosi u niego 10%. Ten pomyślny wynik przypisuje on swej metodzie; rośnie otorbony, znajdujące się podług niego przeważnie w tylnej dolnej okolicy jamy otrzewny, otwiera on przez odbytnicę, pozostawiając jamę brzuszną nienaruszoną.

SPRENGEL (Brunświk) należy do zwolenników operowania w pierwszym okresie. Gdzie to nie jest możliwe, woli czekać recydywy i wtedy operować jak najwcześniej; operacja nie staje się przez to więcej niebezpieczną.

W dyskusji BAUMGAERTNER (Baden-Baden) zwraca przedewszystkiem uwagę na to, że pod postacią cierpienia wyrostka robaczkowego kryje się często choroba ginekologiczna.

HIRSCHBERG (Frankfurt n. M.) jest przeciwnikiem operacji; zgodziłby się może na to, by ją robić profilaktycznie u każdego noworodka; w rękach dobrego

chirurga operacja ta nie przedstawiałaby większego niebezpieczeństwa, niż obrzezanie.

KÜMMEL (Hamburg) zaleca bardziej konserwatywne leczenie. Niekiedy bezpieczniej jest pozostawić otorbiony ropień samemu sobie, niż go otworzyć. Otwieranie naraża całą jamę brzuszną na zapalenie, kończące się prawie zawsze śmiercią. Reguła „*ubi pus, ibi evacua*“ nie da się zastosować do otrzewny, która odznacza się wielką zdolnością wsysania.

RIEDEL (Jena) dowodzi, że w połowie przypadków operacja jest konieczna, zaś w drugiej połowie może być ewentualnie wykonana. To, że chorzy nawet z groźnymi objawami mogą wyzdrowieć bez operacji, niczego nie dowodzi; nigdy bowiem nie wiemy, co będzie dalej, jaki przypadek będzie miał lekki przebieg, a jaki ciężki. Lepiej operować kilku pacjentów więcej, gdyż jest to jedyny sposób usunięcia niebezpieczeństwa. Ciężkość objawów ogólnych niczego nie dowodzi: mogą być groźne symptomy bez ropienia i naodwrot.

KÖRTE (Berlin) twierdzi, że w większości przypadków wystarczy postępowanie konserwatywne. Zresztą trzeba się i z tem liczyć, że chęć chirurga nie zawsze jest miarodajna. W Berlinie przynajmniej chorzy nie tak łatwo zgadzają się na operację. Często na zasadzie groźnych objawów domagał się on operacji; chorzy się nie zgadzali, mimo to po jakimś czasie opuszczali szpital zupełnie zdrowi.

Nakoniec zabrał powtórnie głos REHN. Podnosił on zwłaszcza kwestyę statystyki. W odpowiedzi ROTTER'owi zwrócił on uwagę, że cyfry jego, tak jak i innych operatorów, mało się nadają do szerszego uogólnienia. Przede wszystkim materiał jest rozmaity, powtórne ugrupowanie w oddzielne formy chorobowe nie jest zawsze jednostajne; wreszcie procent śmiertelności wypaść musi rozmaicie choćby już dla tego, że jeden operuje wszystkie przypadki, nie wyłączając najłżejszych, a drugi ogranicza się wyłącznie do najcięższych.

Po tym referacie nastąpiły zwykłe formalności zamknięcia obrad; prezesem na rok następną obrany został prof. KOCHER (Bern).

Na tem kończymy nasze sprawozdanie; wobec nawału materiału, nie sposób było oczywiście zdawać dokładniej sprawy z każdego poszczególnego odczytu, i trzeba było poprzestać na podaniu czytelnikowi krótkiego wyciągu. Że zjazd tegoroczny był bardzo pouczający i pożyteczny dla uczestników, widać to już z wyboru referatów i z osobistości prelegentów. Zjazdy towarzystwa niemieckich chirurgów można zupełnie słusznie uważać za wierne odbicie postępów wiedzy i sztuki chirurgicznej; wszystko, co w tej dziedzinie dokonane zostało — a jest to w ostatnich trzydziestu latach zaprawdę zdobycz nie mała — było tu corocznie omawiane w jak najbardziej wyczerpujący sposób. Ostatni zjazd był też przygotowany nader starannie. A by uniknąć rozproszenia materiału, połączono oddzielne odczyty w harmonijne co do treści grupy. Na pierwszy plan porządku dziennego wysunięte zostały referaty zbiorowe z całego działu, przedstawiające ogólniejszy interes, które powierzone były specjalistom najbardziej doświadczonej w swej dziedzinie. Wogóle zgłoszono 132 odczyty; z nich mogło przyjść do skutku tylko 89, prócz tego było 24 dyskusji. Jest to zaiste ogrom pracy, zwłaszcza jeżeli się uwzględni, że większość odczytów wymagała szczegółowego omówienia. Zasługą to przede wszystkim prezesa CZERNY'ego (Heidelberg), który wykazał wielką umiejętność w układaniu i wypełnianiu porządku dziennego. Przyczynił się do tego też stały sekretarz towarzystwa chirurgicznego prof. KÖRTE (Berlin) staraniami około ułożenia programu,

W ogólności przebieg zjazdu był nadzwyczaj pomyślny; uczestnicy mogli się rozjechać do domów z zupełnym przeświadczeniem, że ich natężona wspólna praca umysłowa wydała plon niezmiernie doniosły dla dobra ludzkości. Poruszono i wyswietlono nie jedną sprawę czysto teoretyczną, ale wszędzie widać było dążenie uwzględnienia przede wszystkim strony praktycznej. Leży to zresztą już w samej naturze rzeczy, bo w całej wiedzy i sztuce lekarskiej nie ma ani jednego działu, któryby nie był zależny przede wszystkim od chirurga; to też łatwo zrozumieć, że chirurg najbardziej powołany jest do niesienia pomocy cierpiącej ludzkości.

Ze zjazdem połączona była wystawa, która wykazała cały ogrom postępu, dokonanego w dziedzinie techniki chirurgicznej. Zasluguje zwłaszcza na zaznaczenie dział zdjęć rentgenowskich; reprezentowane były wyłącznie takie przypadki, gdzie zdjęcie było miarodajne dla dyagnozy albo dla leczenia.

Dla ścisłości pragnę uzupełnić jeszcze kilkoma słowy referat, dotyczący się rozpraw nad chirurgią nerek. Zapomniałem bowiem nadmienić, że CASPER (Berlin), podając metody, pozwalające zbadać, czy po wyluszczeniu chorej nerki pozostała będzie mogła objąć zastępczo jej czynność, przemawiał nie tylko w swoim imieniu, ale i w imieniu RICHTER'a (Berlin), z którym wspólnie wypracował metodę i przeprowadził badania. Wogóle nadmienić trzeba, że RICHTER był pierwszy, który przed 2½ laty zwrócił uwagę na to, że kryoskopia moczu podług KORANYJ'ego oraz próba sterydynowa nabierają właściwego praktycznego znaczenia dopiero w połączeniu z cewnikowaniem moczowodów. Przy tej sposobności chciałbym zwrócić uwagę na monografię, którą obaj ci badacze w tych dniach ogłosili<sup>2)</sup>. Jest to praca nader zajmująca, rzucająca światło na wszelkie odnoszące się tutaj kwestye, napisana ze zwykłą sumiennością i precyzją niemieckich autorów. Prócz szczegółowego opisu metod badania i zestawienia obcej kazuistyki, zawiera ona 90 własnych przypadków, gdzie na podstawie dokładnych badań albo chorą nerkę wyluszczone albo nie; w ostatnich razach zaniechano operacyi, gdyż badanie moczu, wydobytego z drugiej nerki wykazało, że nie może ona zastępczo objąć czynności wyluszczonej.

Wogóle nietylko chirurg lub urolog, ale i każdy internista powinien się z tą pracą zapoznać.

*Maurycy Urstein.*

## ODCINEK.

**Z powodu referatu Komisji pod przewodnictwem prof. Kosińskiego  
w sprawie poprawy Szpitalnictwa w Warszawie i podkomisji  
lekarskiej prof. Czausowa.**

(Dokończenie. — Zob. Nr. 20).

Środki na wybudowanie, rozszerzenie i polepszenie szpitali warszawskich proponuje komisya następujące: Poprosić Rząd o pożyczkę bezprocentową, a jako gwarancya ma służyć podatek szpitalny, gdyby zaś Rząd nie zgodził się,

<sup>2)</sup> Leopold CASPER und Paul Friedrich RICHTER. Funktionelle Nierendiagnostik mit besonderer Berücksichtigung der Nierenchirurgie. Klinisch-experimentelle Untersuchungen, 1901. Berlin—Wien. Urban & Schwarzenberg.

należy się zwrócić do pożyczki wewnętrznej z kapitałów, będących własnością szpitali, lub sprzedawać majątki nieruchomości np. Rakowiec. Majątek ten Magistrat chciał kupić za milion dwakroć sto tysięcy rubli, ktoś prywatny ofiarował półtora miliona rb., a Tow. Kred. Ziemskie Rakowiec szacuje na 2½ miliona rubli. Wartość to tak olbrzymia, że można pożyczyć na nią odpowiednią sumę, z warunkiem zwrotu w określonym czasie. Wreszcie możnaby pożyczyć z kapitałów żelaznych Zakładów Dobroczyńnych, jak to zrobiono z pożyczką pół miliona rubli na dokończenia szpit. Dz. Jezus. Kapitałów takich jest 2221717 rb., z których można ruszyć 1000000. Według zdania komisji, potrzeba tylko 1334750 rb., a ponieważ część kapitału w sumie 216000 rb. mogą pożyczyć same szpitale (Ś-go Ducha, Wolski i Rocha), 200000 rb. można uzyskać ze sprzedaży szpit. Ś-go Rocha, wypadłoby dopożyczyć tylko 934750 rubli.

Na pokrycie tych wszystkich wydatków (pożyczki i utrzymania szpitali) Komisja wskazuje następujące środki: ½ od kapitałów 34000 rb., zapomoga od Magistratu 75000, dochody z nieruchomości 69000 rb., 5-cio kopiejkowy podatek 32000 rb, podatek szpitalny 200000 rb. razem 410000 rubli. Utrzymanie szpitali i spłatę długu Komisja tak oblicza: zamiast 975,000 rb. (wyżej już zwróciliśmy uwagę na nieścisłość tej cyfry, bo potrzeba będzie 1035000 rb.) Komisja podaje tylko 763750 rb., gdyż na szpitale prywatne: Żydowski, Ewangelicki, Dziecinny i Oczny odchodzi 211250 rb., na amortyzację pożyczki 62411 rb., zwrot kosztów szpitalom prywatnym wyżej wymienionym 100000 rb., czyli razem 926161 rubli. Komisja dla okrągłości cyfr bierze 925000 rb. rocznie. A ponieważ posiada dochodów tylko 410000 rb., brakować więc będzie przeszło 500 tys. rubli, które ma pokryć powszechny podatek szpitalny po 1 rb. dla tych, którzy go obecnie opłacają, i po 2 rb. 25 kop. dla klas zamożniejszych, da to 600000 rb. czystego dochodu. Oprócz tego podatek od przyjezdnych, na wzór Petersburga i innych miast, po 40 kop. od pasportu, da 40000 rb. Podniesiona opłata za szpital chorych zamiejscowych z 30 do 50 kop. da 75000 rb. Dochody, które szpitale obecnie posiadają, oprócz podatku szpitalnego 210000. Razem da to 925000 rb., t. j. tyle, ile zdaniem Komisji, potrzeba.

Rachunek w zasadzie został wyrównany, tylko czy tak w rzeczywistości będzie. Wyżej już wypowiedzieliśmy wątpliwość co do sumy 975000, zamiast której, naszym zdaniem, powinno być 1035000, t. j. o 60000 rb. więcej. Następnie projekt podatku szpitalnego, opłaty od przyjezdnych i chorych zamiejscowych został tak obliczony, ażeby dociągnąć do sumy niezbędnie potrzebnej według opinii Komisji przy trzech tysiącach łóżek szpitalnych. A co będzie, jeżeli będą wstawione łóżka nadetatowe w szpitalach, i chorzy leżeć będą, jak obecnie, na podłodze? Że tak się stanie, można twierdzić napewno, bo nim łóżka przybędą, ludność o tyle się powiększy, że zapotrzebowanie miejsc szpitalnych w stosunku do liczby łóżek będzie takie same, jak obecnie, i wciąż cała masa chorych będzie leżała na podłogach szpitalnych. Musimy tu jeszcze raz podkreślić połowiczność środków w całym tym projekcie i jakieś niezdecydowanie i obawę postawienia całej sprawy na właściwym gruncie. Należałoby stanowczo zaznaczyć, że bez znacznej reformy w zarządzie szpitali niema wyjścia z tego ciężkiego położenia, a jedynym środkiem zaradczym jest oddanie szpitalnictwa miastu.

Dla przykładu, jak gdzieindziej rozstrzygają się sprawy szpitalne, przytoczymy świeżo ogłoszoną w pismach niemieckich wiadomość o budowie czwartego miejskiego szpitala w Berlinie kosztem 11 milionów marek; następnie koszty z powodu nowych wymagań i urządzeń higienicznych podniesiono do 20 milionów marek. Szpital ten na 2500 łóżek wraz z całą masą specjalnych instytutów nau-

kowych będzie gotów w 1903 r., ale już teraz uważają za konieczne w najbliższej przyszłości zacząć budowę piątego szpitala miejskiego (die Errichtung eines 5 Krankenhauses in nicht allzulanger Zeit nothwendig sein wird). W Berlinie nie czekają aż miejsc zabraknie, ale obecnie mają jedno łóżko na 186 mieszkańców i budują nowy szpital na dwa tysiące pięćset łóżek, uważając za konieczne budowę nowego szpitala!

O pomocy lekarskiej w szpitalach warszawskich Komisya mówi bardzo mało, zaznaczając jedynie, że „pomoc lekarska z powodu nadmiernie nędznego wynagrodzenia lekarzy znajduje się w stanie nienormalnym“. Na czym polega ta nienormalność, Komisya nie określa. Podkomisya powiada, że pomoc i opieka lekarska, przy takiej liczbie lekarzy szpitalnych jak obecna, conajmniej jest zapewniona. Narzeka tylko na brak zajęcia się przez lekarzy kwestyami ogólniejszej natury, jak higiena szpitali, dyetetyka, epidemiologia i t. p., słowem kwestyami, któreby mogły posłużyć do wyjaśnienia potrzeb sanitarnych i braków w naszych szpitalach. Jako przyczynę podaje również też komisya nędzne wynagrodzenie. Na takie postawienie kwestyi stanowczo nie można się zgodzić. Po zniesieniu Rady Ogólnej i Rad szczegółowych szpitali, gdzie lekarze rzeczywiście mieli pole do działalności o szerokim zakresie, pozbawiono zupełnie lekarzy głosu w sprawach ogólniejszych i pozostawiono im tylko prawo zajmowania się chorymi na salach. Nawet obecnie czy kto zwraca się do lekarzy szpitalnych jako do specjalistów w kwestyi szpitalnictwa? Raz tylko szambelan TURAU zwrócił się po opinię lekarzy szpitalnych, lecz ci, co referowali te odpowiedzi, część ujęli w garść ogólników, a drugą pominęli. Nie brak wynagrodzenia winien temu, że lekarze nie mogą zajmować się sprawami ogólniejszej natury, lecz położenie, w jakim się znaleźli po roku 1870. Lekarze szpitali warszawskich bardzo chętnie i gorliwie zajmowaliby się kwestyami, które podkomisya wskazuje, trzeba tylko dać im możliwość pracy na tem polu i ich przedewszystkiem powoływać do wszelkich narad w sprawach szpitalnych. Lekarze-urzędnicy (których właściwie w szpitalnictwie być nie powinno) mogą tylko na papierze ująć w formę to, co zdecydują prawdziwi lekarze szpitalni, jako najlepiej obeznani z całym biegiem życia szpitalnego.

Łóżek szpitalnych na każdego ordynatora szpitalnego, nie klinicznego, zdaniem podkomisyi, przypadać powinno 40, tymczasem ze sprawozdań, z których podkomisya korzystała, wypada jeden ordynator na 24 łóżka. Jest zatem więcej ordynatorów, aniżeli wymaga rzeczywistość potrzeba, jak to można wnosić z opinii podkomisyi. W rzeczywistości jednak, o czem wszyscy wiemy, są ordynatorzy, którzy mają około 40 łóżek, ale bywają i tacy, szczególnie w Żydowskim szpitalu, którzy mają zaledwie po kilka. Stało się to w ten sposób, że niezawsze ordynatorzy naznaczeni byli do oddziałów już istniejących, ale że z tych ostatnich zabierano po kilka lub kilkanaście łóżek dla jakiegoś lekarza, którego mianowano ordynatorem. Stworzono w ten sposób oddział dla ordynatora. Należałoby wobec tego wyjaśnić fakt następujący: czy jeżeli ordynator nadetatowy zostaje mianowany etatowym, pozostając na tem samym stanowisku, należy uważać, że przez to utworzył się nowy wakans, czy, że tylko zamiast ordynatury nadetatowej została utworzona etatowa, a wakansu nie ma, gdyż nie ma i nowego oddziału? Pod względem praw i obowiązków ordynator etatowy i nadetatowy są równi, nie może być więc mowy o tem, że ordynator nadetatowy będzie w jakiegokolwiek zależności od ordynatora etatowego; ordynator nadetatowy ma prawo żądać i żąda samodzielnego stanowiska i w ten sposób dochodzi do tego, że na jednego ordynatora wypada zaledwie 24 łóżka szpitalne. Liczba łóżek szpital-



nych etatowych, która wypadać powinna na jednego ordynatora, w rozmaitych państwach jest rozmaita. W Niemczech wogóle oddziały są bardzo duże, licząc po 200 i więcej łóżek. W Berlinie w dużych szpitalach miejskich Moabit (800 łóżek), Friedrichshain (750 łóżek), am Urban (600 łóżek) jest po 3 oddziały: po 2 wewnętrzne i jednym chirurgicznym. W Wiedniu w szpitalu powszechnym (Allgemeines Krankenhaus) 5 wewnętrznych oddziałów nieklinicznych mają od 60 do 110 łóżek szpitalnych, 3 chirurgiczne nie kliniczne od 90 do 106. Kliniki wiedeńskie: 3 wewnętrzne od 30 do 46 łóżek, 2 chirurgiczne od 34 do 46 etatowych + łóżka zapasowe. W szpitalu wiedeńskim Franciszka Józefa 3 wewnętrzne od 112 do 120 łóżek, chirurgiczny 90 łóżek. W szpitalu Cesarzowej Elżbiety 3 wewnętrzne od 104 do 126, chirurgiczny 106.

W Berlinie również oddziały kliniczne są mniejsze od szpitalnych nieklinicznych. W Paryżu i w Wiedniu mają oddziały po kilkadziesiąt łóżek. W Hamburgu również są oddziały duże po sto kilkadziesiąt wewnętrzne i po dwieście kilkadziesiąt chirurgiczne. W Warszawie trzy oddziały kliniczne wewnętrzne mają od 33 (dyagnostyczna) do 53 (terapeutyczna); kliniczne chirurgiczne od 50 do 64 łóżek. Taką względnie małą liczbę łóżek w zagranicznych oddziałach klinicznych w porównaniu z oddziałami szpitalnymi objaśniają w ten sposób, że profesor, zajęty wykładem, nie jest w stanie podjąć znacznej liczby chorych, tembardziej, że w klinikach leżą zwykle chorzy ciekawsi pod względem lekarskim. W oddziałach zaś nieklinicznych leży cała masa chorych z cierpieniami przewlekłymi, którzy wymagają mniej intensywnej pracy koło siebie, i dla tego oddziały te są większe. W Obuchowskim szpitalu w Petersburgu przewidziano w ustawie 50 łóżek etatowych na jednego ordynatora.

Rzuca się przytem w oczy fakt, że ruch naukowy lekarski jest daleko żywszy i siły lekarskie daleko lepiej wyrobione u Niemców, którzy, korzystając z dużego materiału szpitalnego, mają możliwość łatwiej i pewniej wnioskować w kwestyach medycznych. Zbytne rozdrabnianie oddziałów nie jest korzystne ani dla chorych, ani dla całej sprawy szpitalnej. Wprawdzie powiedział kiedyś prof. Pirogow, że dla chirurga wystarczy 35 łóżek, lecz miał na myśli tylko materiał kliniczny lepszy, a nie chorych z przewlekłymi cierpieniami, np. gruźlicą kości i t. p., a tacy chorzy w znacznym stopniu zalegają oddziały szpitalne.

Przy omawianiu etatu lekarzy szpitalnych w Warszawie podkomisya powołuje się na projekt Ustawy z r. 1893. Lecz projekt Ustawy z r. 1893 jest tylko projektem, który nigdzie w Cesarstwie nie został zaakceptowany i może nigdy nie wejść w życie. Według tego projektu, oprócz lekarzy naczelnych, mają być ich pomocnicy (zawiedujuszczyje oddzieleniami), ordynatorzy, lekarze interni (oddziałowi) i eksterni.

Jaką rolę mają pełnić pomocnicy lekarzy naczelnych? Czy to mają być lekarze-urzędnicy tylko, czy też lekarze, zarządzający oddziałami? Na cóż w takim razie byłiby ordynatorzy oddziałów? Ordynator w myśl ustawy obowiązującej, jak zresztą na całym świecie, jest odpowiedzialny za swój oddział i nie może się poddawać żadnym wskazówkom lekarskim, czy to pomocników lekarza naczelnego, czy to lekarza naczelnego, bo on sam może być daleko dzielniejszym lekarzem, niż którykolwiek z tych panów. Może być wreszcie innej specjalności, na której t. zw. zarządzający oddziałem pomocnik naczelnego lekarza może się nie znać. Ustawa obowiązująca nie przewiduje w szpitalu lekarzy-urzędników tylko, a wprost powiada, że nawet lekarz naczelnny „będzie miał własny oddział“ (107 §), to znaczy powinien mieć własny oddział (po rosyjsku powiedziano „dolžen“).

Żądanie bardzo słuszne, bo lekarz, żeby rozumiał postępy w medycynie i oryentował się w sprawach szpitalnych, musi sam prowadzić oddział. Za granicą ta kwestya była omawiana i doszli do tego samego przekonania. W Niemczech t. zw. dyrektorzy są lekarzami oddziałowymi i sami je prowadzą. W przeciwnym razie wkrada się do szpitalnictwa biurokracya, która zabija wszelkie sumienne traktowanie sprawy. O proponowanych przez podkomisję dyżurach ordynatorów można powiedzieć, że wobec lekarzy miejscowych lub internów nie mają one celu. Jeżeli będzie dyżurnym np. lekarz wewnętrzny, to do przypadku chirurgicznego będzie musiał wezwać chirurga, pomimo że ten chirurg w tej chwili mógł skończyć swój dyżur. We wszelkich innych sprawach lekarz miejscowy czy intern da sobie doskonale radę. Jak zresztą urządzić same dyżury, żeby zachować pewną słusność? w małym szpitalu, gdzie jest zaledwie paru ordynatorów, wypadłyby dyżury co parę dni, w dużych raz na miesiąc lub rzadziej.

Takie zaś drobiazgowo projekty podkomisyi, jak projekt szczegółowy urządzenia gabinetów lekarskich, wobec tego, że wiele spraw zasadniczych poruszono ogólnikowo, dziwnie wygląda i nie może mieć żadnego praktycznego znaczenia. Za miesiąc lub dwa może się znaleźć jakiś przyrząd, który stokroć będzie lepszy, niż proponowany przez podkomisję, i nie będzie mógł być nabyty dla tego, że podkomisya tego nie przewidziała.

Innych projektów komisyi i podkomisyi, jako takich, z którymi można zgodzić się lub są mniejszej wagi, nie poruszamy w tej myśli, że, jeżeli zajdzie potrzeba, to jeszcze pomówimy i o nich.

### ***O ruchu chorych w szpitalu miejskim Św. Stanisława***

za czas od 14 kwietnia do 14 Maja r. b.

Pozostało z ubiegłego miesiąca chorych 75 (m. 40, k. 35); przybyło od 14 kwietnia do 14 maja chorych 129 (m. 51, k. 78); wypisało się 89 (m. 44, k. 45); zmarło 13 (m. 7, k. 6); pozostało na miesiąc następny chorych 102 (m. 40, k. 62).

Ogólna liczba chorych była większa, niż w ubiegłym miesiącu, głównie z powodu rozszerzenia się tyfusu wysypkowego i trwania w dalszym ciągu ospy. Głównem ogniskiem pierwszego było więzienie śledcze przy ul. Dzielnej, z którego przybywały wyłącznie kobiety, oraz ulice sąsiednie. Obecnie z powodu wczesnego i szybkiego odsyłania chorych do szpitala i opróżnienia zarażonego oddziału, dalsze szerzenie się choroby przerwano. Co się tyczy ospy, to przypadki jej (32) były rzadsze, niż w kwietniu (48), i obecnie co raz mniej chorych przybywa.

Na pierwszy plan więc w miesiącu sprawozdawczym wystąpił tyfus wysypkowy, którego zanotowano przypadków 45 (m. 13, k. 32) z przebiegiem niezbyt ciężkim. Śmiercią zakończyły się dwa przypadki. Chorzy przybyli z następujących ulic i domów: z więzienia śledczego przy ul. Dzielnej 26 przypadków (13 kobiet), Dzielna 23, Stawki 65, Tarczyńska 2, Gęsia 19 i 31 (3 przypadki), Krochmalna 10 (3 przypadki), Pawia 3 i 40, Śliska 34, Leszno 100, Nowolipki 18, Przyrynek 3, Koszykowa 32, Karmelińska 10, Wielka 11, Nowe Miasto 1, Tamka 47 i 48, Petersburska 10, Smocza 37, Wronia 59, Plac Wojenny 4, Nowo-Dzika 4, Franciszkańska 29, Muranów 32, Obozowa 5, oraz Brudno i Kowel.

Drugą rubrykę zajęła ospa, której przybyło przypadków 33 (m. 16, k. 17) z przebiegiem dosyć ciężkim. Zmarło chorych 10 (m. 6, k. 4), z których 7 było

nieszczepionych. Chorzy przybyli z ulic i domów: Wspólna 18 i 28, Leszno 55, 81 i 18; Nowolipki 10, Niska 63, Bracka 16, Krochmalna 33, Radna 4, Szeroka 5, Młynarska 17, 5 i 4, Topiel 6, Brzozowa 4, Plac Krasińskich 10, Marszałkowska 55, 122, Solec 60, Pawia 92, Krakowskie Przedmieście 1, Hoża 7, Stare Miasto 4, Podwale 4, Towarowa 25, Leszczyńska 11, Nowy Świat 19, Śliska 25, Żąbkowska 17, Leopoldyny 27 i Jabłonna.

W jednej prawie mierze trzymała się r ó ż a, której przyjęto przypadków 19 (m. 7, k. 12), pomyślnie zakończonych z ulic i domów: Krakowskie Przedmieście 28, Marszałkowska 49, Żelazna 75, Wspólna 66, 23, 2 i 10, Nowolipie 5, Chmielna 5, Belwederska 11, Św. Barbary 12, Koszykowa 12, Kozia 1, Wolska 18, Ceglana 19, m. Kowno i Kaługa.

Z innych chorób gorączkowych mieliśmy 5 przypadków zapalenia gardła; 4 — odry; 2 — szkarlatyny (Pawia 90, Mylna 5), oraz po 1 przypadku tyfusu brzuszego (w. Koło), biegunki krwawej, zapalenia płuc, gruczołu przyusznego i karbunkułu (Niska 57).

Chorych niewłaściwie do nas skierowanych było 16 (m. 10, k. 6).

Biletów odmownych chorym, niekwalifikującym się do szpitala św. Stanisława, wydano 11 (m. 6, k. 5).

Rewakcynacyi dokonano 39 (m. 18, k. 21).

Wszyscy chorzy przepędzili dni szpitalnych 3021 (m. 1385, k. 1636).

Śmiertelność wynosi 6,3%.

*J. Szwajcer.*

---

### Wiadomości bieżące.

---

— Zjazd chirurgów polskich w Krakowie odbędzie się, o czem już donosiliśmy, 15 i 16 lipca r. b., podobnie jak w latach poprzednich. Zabaw i wycieczek nie będzie, ale natomiast ma być suta uczta naukowa, na którą wszystkich lekarzy polskich serdecznie zapraszamy. Zapraszamy zatem nie tylko tych, którzy się specjalnie chirurgią trudnią, ale i tych, którzy pokrewne gałęzie medycyny uprawiają, więc: ginekologów, laryngologów, otiatrów, dentystów i t. d. jak niemniej i tych wszystkich, którym nieobojętne są postępy chirurgii, a do tych z pewnością wszyscy nasi Koledzy należą, choćby jedynie dlatego, że dzisiaj chirurgia na tyłu polach granicznych styka się tak często z wszystkimi innymi gałęziami nauk lekarskich.

U nas „Zjazdy“ chirurgów mają większe znaczenie, niż gdziekolwiek-bądź

indziej. Prócz pracy nad postępem nauki, mają one to ważne zadanie, żeby rozbudzać większe zaufanie do sił własnych nie tylko w szerszej publiczności, ale nawet w niektórych kołach lekarskich. Minęły, Bogu dzięki, już te czasy, kiedy to w Wiedniu, Berlinie lub Paryżu upatrywać było można lepiej wyposażone i urządzone zakłady, lub bieglejszych wykonawców sztuki chirurgicznej. Dziś bez pozorów przechwałek napewno twierdzić możemy, że ani w jednym, ani w drugim względzie chirurgia polska nie ustępuje zagranicy. Może nareszcie dzięki naszemu „Zjazdowi“ i tam wygłoszonym rozprawom zniknie przekonanie, że co obce, to lepsze, i nie będzie potrzeba mieć marki zagranicznej, żeby uzyskać uznanie u swoich.

Dalszem nie mniej ważnym zadaniem naszych „Zjazdów“ jest uzyskanie wię-

kszego zaufania w szerokich kołach lekarskich nie chirurgicznych dla niektórych operacji dotychczas rzadko u nas wykonywanych. Przypominam tu tylko, jak jeszcze przed kilku laty stosunkowo rzadko wykonywano u nas operacje w przebiegu zapalenia wyrostka robaczkowego, i śmiem twierdzić, że to po części zasługa naszych „Zjazdów“ i kilkakrotnie tam odbytych dyskusji, że dziś ta operacja i u nas należy do częstszych. Natomiast stwierdzam, że po dziś niema u nas chirurgii wątroby i dróg żółciowych, kiedy przeciwnie za granicą w małych nawet szpitalikach rocznie setki takich operacji się wykonywa. Wiem, że przyczyna tego po części leży w tem, że u nas wogóle mniej mamy tego rodzaju cierpień, niż gdzieindziej; że tam może za często i czasem bez koniecznej potrzeby wykonywane bywają odpowiednie rękoczyny chirurgiczne; ale z drugiej strony nie da się zaprzeczyć, że to nie tłumaczy nader wielkiej rzadkości tych operacji u nas. Sądzę, że przyczyny tego zjawiska szukać trzeba w czem innem. Zaufanie do operacji w cierpieniach dróg żółciowych nie objęło wszystkich kół lekarskich, a przez nie nie przedostało się jeszcze do szerszej publiczności. Miejmy nadzieję, że i temu zaradzić potrafią nasze zjazdy.

Tak więc, spodziewając się liczniejszego udziału ze wszystkich stron, a zwłaszcza ze strony Kolegów Ordynatorów i Dyrektorów szpitali, zapraszamy na XI „Zjazd chirurgów polskich“ jaknajserdeczniej. Dotychczas już zgłoszone liczne i zajmujące wykłady uprawniają nas do nadziei, że ten nasz „Zjazd“, rozpoczynający drugi dziesiątek, nie pozostanie w tyle poza poprzednimi.

#### *I. Rydygier.*

„Prezes Zjazdów chirurgów polskich“.

— Wykłady zgłoszone dotychczas na XI „Zjazd chirurgów polskich“:

- 1) O znieczuleniu ogólnem i miej-

scowem. Referent: Kol. KADER. (Kraków).

- 2) Kol. ZIEMBICKI (Lwów) O znieczuleniu lędźwiowem.

- 3) Kol. SLEK (Lwów) O narkozie mieszanej tlenowo-chloroformowej sposobem Wohlgemutha z przedstawieniem przyrządu.

- 4) O znaczeniu urazu w etiologii nowotworów złośliwych. Referent Kol. RUFF. (Lwów).

- 5) O gruźlicy jąder. Referent: Kol. HERMAN (Lwów).

- 6) Kol. TRZEMBICKI (Kraków). O leczeniu gruczolaków żółzowych na szyi.

- 7) WEHR (Lwów) O podwiązaniu tętnic wieńcowych serca.

- 8) Tenże. O pierwszym opatrunku własnego pomysłu.

- 9) Kol. SCHRAMM. (Lwów) O guzach w okolicy krzyżowej.

- 10) Kol. KADER. (Kraków). Chirurgia wątroby i dróg żółciowych.

- 11) Tenże. O leczeniu operacyjnym niezłośliwych zwężeń przewodu pokarmowego.

- 12) Kol. RYDYGIER (Lwów). O leczeniu nowotworów odbytnicy (z przedstawieniem chorych i preparatów).

13. Tenże. Przyczynki do techniki operacji na pęcherzu moczowym (z przedstawieniem chorej).

- 14) Tenże. Dalsze doświadczenia nad leczeniem operacyjnym przerostu gruczołu krokowego własnym sposobem.

- 15) Tenże. O wycinaniu śledziony.

- 16) Kol. SLEK (Lwów). O leczeniu operacyjnym choroby Glenarda.

17. Kol. HERMAN. (Lwów). W sprawie chirurgicznego leczenia zapaleń wyrostka robaczkowego.

— Kol. Michał JANUSZKIEWICZ został mianowany ordynatorem w Instytucie Oftalmicznym w Warszawie.

— Kol. Aleksander SIMON (z Warszawy) otworzył Zakład wodo- i światłolecznicy „Taunusbad“ w Wiesbaden. Zakład ten mieści się przy ulicy Luisenstrasse Nr. 24.

## Zakład Lecznicy dla chorych

**NA USZY**  
**D-ra L. Guranowskiego**

Bracka 20.

przyjmuje chorych na stałe pomieszczenie za opłatą od rb. 3—5. Ambulatoryum codziennie od 11—1.

Cena biletu kop. 50.

## ZAKŁAD LECZNICZY

**D-ra med. Z. Dmochowskiego**

dla chorych na krtań, gardło i nos.  
Chmielna 17.

W ambulatorjum codziennie otwartem od 10—11 i od 3—4. Porada 30 kop.

ZAKŁAD CHIRURGICZNO-ORTOPEDYCZNY

**D-ra REICHSTEINA**

Warszawa, Leszno 31

przyjmuje z chorobami chirurgicznymi, ze skrzywieniami kręgosłupa, kończyn, chorobami stawów, mięśni i do masażu od godziny 4 do 6. W Pracowni Ortopedycznej przy Zakładzie wyrabiają się przy udziale specjalistów: gorsety, przyrządy na kończyny (Schienen-Hülsenapparate Hessinga), sztuczne kończyny, wszelkie pasy rapturowe i brzuszne i t. d.

Pracownia Roentgenowska

**D-ra Czesława Barszczewskiego**

b. zarządzającego prac. roentgenowsk. Szpitali Warszawskich. Badanie chorób chirurgicznych i wewnętrznych promieniami Roentgena, codz. od 1—3 po poł.

Warszawa, Książęca 1.

**D-r Kazimierz Ciagliński**

przez lato ordynuje jak zwykle

w **Ciechocinku**

dom Wodzińskiego, obok łaźienki głównej.

**Baden pod Wiedniem**

Kapiele siarczane pierwszorzędne. Lekarz zdrojowy **D-r Henryk Kümmerling** (Polak) ordynuje od 1-go Maja b. r. w Baden pod Wiedniem przy **Renngasse 3** i udziela bliższych informacyj.

**Dr. Wł. Maleszewski**

b. asystent Klin. Lok. w Krakowie, ordynuje jak lat ubiegłych w **KARLSBADZIE**.

Alte Wieso Drei Staffeln.

**D-r Karol Zaleski**

w nadchodzącym sezonie będzie ordynował w **DRUSKIENIKACH**.

Choroby wewnętrzne i nerwowe.

## Warszawski Zakład Ginekologiczny

Marszałkowska 45.

D-rów Boryssowicza, Brühla, Gromadzkiego, Jaskłowskiego, Kuniewiczza, Natanson, Thiemego, Tyrchowskiego i Winawera. Przyjmuje osoby, dotknięte chorobami kobiecymi, jako też spodziewające się słab., za opłatą od 1.50 do 5 rs. dziennie za całkowite utrzym., leczenie, lekarstwa i t. d.

Pracownia analityczno-lekarska

**D-ra Stanisława Mutermilcha**

Rozbiory chemiczno-bakteryologiczne i mikroskopowe moczu, płwociny, krwi, zawartości żołądkowej, kału, wydzielin z narządów moczopłciowych, mleka kobiecego, nalotów dyfterytycznych, wysięków i t. p. do celów dyagnostyki lekarskiej.

Marszałkowska Nr. 127 (Zielna № 22).

Opatrunki „chirurgiczne i ginekologiczne“ oraz wazelki środki opatrunkowo sterylizowane (wata, gaza, ligatury, bandaże).

Z pracowni sterylizacyjnej **Dr. BORZYMOWSKIEGO** można dostać w aptekach W.W.: Boreza, Cepusza, Filleborna, Pilanowicza, Habiolskiego, Iwańskiego, Klickiego, Klimpla, Koziołkiewicza, Kozłowskiego, Lilpopy, Malinowskiego, Mieszczakańskiego, Manduka, Modlińskiego, Nawrockiego, Różyckiego, Strużyńskiego i Pricka, Stypińskiego i Surzyckiego, Wolta i Zilbera, Więkowskińskiego, Wierogórskiego, Wróblewskiego i Zamenhofa.

Składy główne: Karmelicka 6, m. 7. Od 1-go Lipca Solna 17 (Pracownia Sterylizacyjna) i Włodzimierska 6, m. 2 (Kantor fabryki środków opatrunkowych „Strzelecki i S-ka“, Tel. Nr. 1341).

**BUSKO**

**D-r Dymnicki**

długolotni lekarz zdrojowy, ordynuje w domu własnym.

**D-r Med. Wasserthal (junior)**

praktykuje w **KARLSBADZIE**

„SCHWARZES ROSS“

Mühlbrunnngasse.

**Dr. Fr. Chłapowski**

ordynuje jak lat ubiegłych

w **Kissingen (Bawarya)**

Salinenstrasse 21.

**Dr. W. Rubin**

Karmelicka 18.

Przyjmuje specjalnie z choro-

zami żołądka i kiszek oraz dokonywa analiz moczu, zawartości żołądkowej i t. d. od 4—6 pp.

**D-r Jan Regiec**

ordynuje od 20 Maja

w **RYMANOWIE**

Willi pod Kościuszką — obok apteki.

(Utrzymuje pensjonat).

**D-r XAWERY GORSKI**

ordynuje jako lekarz zakładowy w **Szczawnicy** od 20 Maja do 20 Września

Dawna Kancelarya zarządu.

# SOLEC

## Zakład Wód Mineralnych

siarczano-słonych.

(w gub. Kieleckiej, pow. Stopnickim, w 14 wiorstach od Buska).

**Sezon od 20 Maja do 20 Września.**

Blizsze szczegoly u Dyrektora Zakladu D-ra Daniewskiego w Solcu, poczta Stopnica, lub broszury tegoz o Solcu (do nabycia we wszystkich księgarniach.)

5 godz. od Warszawy,  
godzina od Lublina,  
wiorst od stacyi kolei  
Nadwiślaukiej.

## NAŁĘCZÓW

Poczta i telegraf  
na miejscu. Powozy na  
zamowienie.  
W lecie omnibus.

*Zdrowisko szczawy zelazistej do picia i do kapieli. Kapiela bletne. Hydroterapia.*

Zakład leczniczy cały rok otwarty ze ścisłym internatem i własną kuchnią dyetetyczną. Masaż. Gimnastyka. Elektroterapię. Obok zakładu 40 willi wygodnie urządzonych na pobyt letni. Dwóch stałych lekarzy i dozorczyń chorych. W lecie konsultanci i asystenci.

Dyrektor D-r A. PUŁAWSKI, b. ordynator Szpit. D. Jezus.

## OLCÓW

Zakład Leczniczy dla chorych nerwowych.

Ścisły internat, dwóch stałych lekarzy. — Wodolecznictwo, gabinet elektryczny, mechanoterapia, gimnastyka, wody mineralne. — Poczta i telegraf na miejscu. — Odległość od Olkusza, stacyi kolei Iwangr. Dąbrowskiej, 20 wiorst. — Chorych umysłowo Lecznica nie przyjmuje

Dyrektor Zakładu D-r St. Niedzielski.

## ŻEGIESTÓW w Galicyi nad POPRADEM

kolej, poczta, telegraf w miejscu.

Najsilniejsza szczawa zelazista, Pora kąpielowa trwa od 28 Maja do końca Września. Kapiela borowinowo, zelazisto, hydropatyczne i popradowo.

**WODA ŻEGIESTOWSKA** znajduje się we wszystkich wielkich składach wód mineralnych

Lekarz Ordynujący: Dr. WŁADYSŁAW MIKUCKI, były asystent kliniki ginekol. U. J.

## APTEKA K. WENDY

45 Krakowskie - Przedmieście w Warszawie.

Wody mineralne wszelkich źródeł, naturalne i sztuczne.

## KOWANÓWKO

ZAKŁAD LECZNICZY

dla nerwowo i umysłowo chorych

oraz dla morfinistów i alkoholików płci obojga.

5 min. od st. kolei Oborniki przy linii Poznań—Pila (Poson—Schneidemühl).

Adres: Kowanówko, p. Poznań.

Cena od 200 mk. miesięcznie.

Dr. Karczewski.

Dr. Mucha.

# I W O N I C Z

## ZAKŁAD ZDROJOWO-KĄPIELOWY W GALICJI.

Szczawy słone jodowo-bromowe. Położenie górskie 410 metr, n. p. m. Dokoła lasy szpilkowe. —Kąpiele słono-jodowe, borowinowe, igliwiowe zimne. Hydrotherapia, masaż gimnastyka. —Urządzenia wygodne. —Oświetlenie elektryczne. —Czterech lekarzy udziela porady lekarskiej.

**Sezon od 20 Maja do końca Września.**

Świadectwa ubóstwa uwzględnia się tylko w I i III sezonie, w których i mieszkania tańsze o 30%.

Lekarz i kierownik zakładu

**Dr. Klemens Dębicki**

**D-r Kazimierz Kruszyński**

ordynuje jak lat poprzednich od 1-go Czerwca  
w **Szczawnicy.**

**D-r W. Sadowski (Wrocław)**

ordynuje w b. sezonie jak lat poprzednich  
w **Reichenhall** (Bawarya)  
Willa Schönheim.

**D-r W. Moraczewski**

ordynuje w **KARLSBADZIE**  
Kreuzstrasse Haus Stadt Ahen.

**Akuszerka**

poszukuje stałego miejsca na prowincyi.  
Wiadomość w **REDAKCYI.**

**Dr. Plessner, Wiesbaden**

Sonnenbergerstrasse 30, obok parku zakładowego.  
Zakład leczniczy dla chorych nerwowych, chrou, chorych wewnętrznych, rekonwalescentów i potrzebujących wypoczynku (chorzy myślowo wykluczeni). Phys. i dyct. leczenie. Kuracje wciekami i kuracje odzwyeczające.

**Fosfatyna Faliera**

*mączka dla dzieci*

Sprzedaż w składach aptecznych i aptekach.

**Wiesbaden** Lekarz chorób skóry  
syfilitycznych

Friedrichstrasse 16. D-r med. Julius Müller.

**D-r Med. RUPPERT**

ordynuje jak zwykle  
w **Ciechocinku, dom Millera.**

**D-r Józef Schermant**

z Krakowa, ordynuje jak dotąd  
w **Marienbadzie**  
WILLA „APOLLO.“

**KROWIANKA** ospa ochronna  
w Instytucie szczepienia ospy **Daniłowiczowska 8.**  
D-ra **TCHÓRZNICKIEGO.**



Naturalny Koniak

„**IMPERIAL**“

prawdziwy produkt z wina

*Zalecany przez powagi lekarskie.*

**Analizy Doktorów:**



Nenckiego, Zawadzkiego, Haas, Prof. N. Milicera i Wars. Hygienicznego Laboratorium stwierdzają czystość Koniaku z winogron bez obcych przymieszek. Koniak „Imperial“ dostarcza się do kliniki terapeutycznej Warszawskiego Cesarskiego Uniwersytetu i do Szpitalnej kliniki ginekologicznej. Sprzedaj wo wszystkich lepszych handlach win w Warszawie i na prowincyi

**D-r Feliks Arnstein**

od 20 Maja ordynuje jak zwykle  
w **Ciechocinku.**

# Fabryki Farb

DAWNIEJ

## Fryd. Bayer & C-ie., w Elberfeldzie.

### Oddział produktów farmaceutycznych.

#### Arystol

Stosowanie: czysty lub z Acid.  
bor. pulv. albo jako maść 5<sup>o</sup>/<sub>10</sub>.

#### Mleko—Somatoza.

(Lacto Somatose)  
zawiera 5<sup>o</sup>/<sub>10</sub> Tanniny w połącze-  
niu organicznem.

#### Creosotal

wolny od działania żrącego i tru-  
jącego.

#### Heroina

zastępuje morfinę.

#### Protargol

Organiczny związek srebra za-  
stępuje doskonale AgNO<sub>3</sub>, nie  
drażni i nie tworzy osadu na bło-  
nie śluzowej.

#### Lycetol

(Winian dimetapiperazyny)  
łatwo podzielny o przyjemnym  
smaku, nie hygroskopijny.

#### Epicaryna

dla użytku weterynar.

#### Lozofan

#### Kwas salicyłowy. Salicylan sodu. Analgen.

#### Phenacetyna Bayer Aspiryna



#### Somatoza

związek białkowy, łatwo roz-  
puszczalny bez smaku i zapachu.

#### Duotal

Najczystszy prep. guajakolu.

#### Chlorek heroiny

łatwo rozpuszczalny w wodzie  
zastępujący morfinę.

#### Tannigen

Zamienia tanninę, rozszczepia się  
w kiszkaach przez co nie psuje  
apetytu.

#### Hedonal

#### Tetronal

#### Epicarina

Tannopin i Tann. weter.

zastępuje zupełnie kwas salicy-  
łowy i salicylan sodu, nie drażni  
żołądka i zostaje bez rozkładu  
przyswojona.

#### Żelazo—Somatoza

(Ferro-Somatose)  
Zawiera 2<sup>o</sup>/<sub>10</sub> żelaza w połączeniu  
organicznem łatwo przyswaja-  
nem. Bez smaku, łatwo rozpu-  
szczalna.

#### Europphen

zastępuje jodoform w małej chi-  
rurgii.

Stosowanie: czysty lub z acd  
horic. pulv. aa. p. w maści —10%

#### Jodotyryna

działająca substancja gruczołu  
tarczycowego.

#### Salophen

zamiast kwasu salicyłowego i je-  
go soli, bez zapachu, zupełnie  
nieškodliwy, wolny od wszelkich  
ubocznych działań.

#### Piperazyna

#### Trional

#### Sulfonal

#### Salol