



DZIENNIK LECARSKI

• PISMO TYGODNIOWE •

POŚWIĘCONE WSZYSTKIM GAŁĘZIOM WNIĘC
TNOŚCI LECARSKICH.

Redaktorzy: Dr A. Puławski i Dr W. Starkiewicz.

Wydawca Dr W. Szumlański.

Adres Redakcyi—Żorawia 22.

Adres Administracyi—Marszałkowska 73.

SPETON—(Mata)

idealny anticoncipiens używany przez bardzo wielu lekarzy. Działanie tlenia w postaci trwałych tabletek.

PERBORAL

stosowany w ginekologii. Lek swoisty przeciwko białym upławom, nadzarcim pochwy, w zapaleniu macicy. Działa przez wydzielanie się wolnego tlenu. W wysokim stopniu bakterjobójczy, nie drażniący.

GLYCOPON

Glicerofosforan zbioru alkaloidów makowca. Lek uspakajający o działaniu nasennem i kojącem, stosowany w chirurgii, ginekologii i neurologii. Zalety: stały skład, szybka przyswajalność, wzmożone działania narkotyczne; Gotowy do stosowania wewnętrznego lub podskórnego (specjalnie dogodne opakowanie dla szpitali), wskutek czego znaczne obniżenie ceny.

Literaturę i próby dla lekarzy wydaje
S. ROŚCISZEWSKI — Warszawa — Piłkna 7.
Skład główny: Tow. Akc. LUDWIK SPIESS i Syn.
Fabryka Chemiczna „Nassovia“ Wiesbaden 59.

ODMROŻENIA ostre i przewlekłe leczy skutecznie

CONGELIN

(Unguentum Ichthyoli compositum contra congelationem).

Apteka F. WIĘCKOWSKIEGO w Warszawie.

Plastry smarowane zwyczajne i kauczukowe (na szpulkach) nie ustępujące wyrobom zagranicznym.

Plasterek angielski przewyższający wyroby zagraniczne.

Opatrunki wyjąłowane w ulepszonej opakowaniu z kontrolą, systemu prof. Mikulicza.

Kataplazmy antyseptyczne i zabezpieczone od gnicia i pleśni,

Synapizma energicznie działające.

Plaster rupturowy dziecinny (pępkowy).

Plaster Tatrzański na odciski.

Gazy i waty antyseptyczne, bandażę oraz wszelkie materiały opatrunkowe poleca fabryka środków opatrunkowych i pracownia sterylizacyjna

R. STRZELECKIEGO

WARSZAWA.

ulica Sienna № 45, tel. 48-90.

Na dostawy specjalne ceny.



Hemogen Magistri Klave

energiczny środek odtwarzający krew, silnie pobudzający apetyt, łatwy w stosowaniu, o przyjemnym smaku, nie psujący się, nie wywołujący zaparcia, nie działający na zęby; zalecany we wszelkich stanach osłabienia u dzieci i dorosłych;

Poleca LABORATORYUM CHEMICZNE przy aptece

Magistra H. KŁAWEGO,

10, Pl. Św. Aleksandra, Warszawa. Tel. 25-08 i 24-94.

Związek chemiczny,
zawierający
żelazo i mangan.



Próbki i literaturę są na usługę P.P. Lekarzy.

Racyjne i b. staranne

kształtowanie paznogi (Manicure i Pedicure) w gabinecie Wiśniewskiej,
Aleje Jerozolimskie № 43, m. 15,
 I-sze piętro, przy Marszałkowskiej.

NEO-FOSFATYNA



wyrobu apteki

L. KLIMPLA i S-ki

Doskonały i lekko strawny pokarm dla każdego wieku.

== Żądać tylko z sowa. ==

Do nabycia w aptekach i składach aptecznych.

ZAKŁAD ORTOPEDYCZNO-CHIRURGICZNY

I ZANDEROWSKI

Drów W. Łapińskiego i W. Reklewskiego

Aleja Jerozolimska 65 w Warszawie.

Choroby kręgosłupa, stawów, kości, mięśni, przemiany materii i t. p. Mechanoterapia (przrządy motorowe), przrządy do leczenia elektrycznoświatelnego i gorącym powietrzem, przrządy do leczenia przekrwieniem.

Sanatorium D-ra SOLMANA

Warszawa, Al. Szucha 9.

Zakład, wzorowo pod względem klinicznym zbudowany i urządzony, służy do pobytu i leczenia chorych z cierpieniami chirurgicznymi, kobiecymi, oraz wewnętrznymi, z wyjątkiem chorób zakaźnych i umysłowych. Pobyt i opatrunki od 3 do 7 rb. dziennie. Wszyscy Sz. PP. lekarze mogą umieszczać w zakładzie i osobiście leczyć swoich chorych, znajdują w sanatorium wszelkie środki pomocnicze do skutecznego leczenia chirurgicznego lub terapeutycznego.

D-r Med. Bolesław Dębiński

Dyagnostyka gruźlicy

CZĘŚĆ I.

Metody kliniczno-laboratoryjne.

Praca nagrodzona na konkursie imienia D-ra Med. A. SOKOŁOWSKIEGO.

Skład główny w księgarni E. WENDEGO i S-ki w Warszawie.

Cena rb. 1.

WYDAWNICTWO GAZETY LEKARSKIEJ.

Dr. med. ALFRED SOKOŁOWSKI

WYKŁADY KLINICZNE

CHOROBY DRÓG ODDECHOWYCH.

Dzieło nagrodzone przez Akademię Umiejętności w Krakowie w 3 tomach

Tom I. Choroby tchawicy i oskrzeli. Cena rb. 2 kop. 40, w oprawie rb. 2 kop. 80, przesyłka kop. 40.

Tom II. Choroby płuc. Cena rb. 3, w oprawie rb. 3 kop. 50, przesyłka kop. 50.

Tom III. Część I. Choroby opłucnej i śródpiersia.

Część II. Suchoty płucne. Cena rb. 5, w oprawie rb. 5 k. 60, przesyłka k. 60.

Skład główny w księgarni E. WENDE i S-ka w Warszawie.

ZDROWIE

PISMO MIESIĘCZNE

Organ Towarzystwa Hygienicznego Warszawskiego, poświęcony higienie i medycynie socjalnej.

Pod Redakcją D-ra JÓZEFA JAWORSKIEGO.

Wychodzi przy końcu każdego miesiąca zeszytami,

objętości od 4 do 5 arkuszy druku i zawiera następujące działy:

ARTYKUŁY WSTĘPNE, poświęcone najważniejszym sprawom chwili bieżącej. II. PRACE ORYGINALNE III. ARTYKUŁY OGÓLNO-HYGIENICZNE. IV. REFERATY: 1) Z biologii, 2) Z chorób zakaźnych, 3) Z higieny społecznej, 4) Z higieny zawodowej, 5) Z higieny ludowej, 6) Z higieny wychowawczej i szkolnej, 7) Z higieny żywienia, 8) Z higieny miast i mieszkań, 9) Higiena przeciwgruźlicza, 10) Walka z alkoholem, 11) Walka z chorobami wenerycznymi, 12) Badanie i leczenie raka, 13) Balneo-klimatologia. V. PROTOKÓŁY POSIEDZEŃ. 1) Rady Tow. Hygienicz., 2) Protokoły wydziałów Tow. Hygienicznego. VI. SPRAWOZDANIA Z INSTYTUCJI TOWARZYSTWA HYGIENICZNEGO: 1) Z ogrodów im. Rau'a, 2) Z instytutu Higieny Dziecięcej im. Lenwala, 3) Sprawozdania z oddziałów prowincjonalnych Tow. Hygienicz VII. RUBRYKA Z RUCHU I POTRZEB HYGIENY KRAJOWEJ. VIII. DEMOGRAFIA I STATYSTYKA. IX. PRAWODAWSTWO SANITARNE. X. PRZEGLĄD BIBLIOGRAFICZNY. XI. SKRZYŃKA ZAPYTAŃ I ODPOWIEDZI. XII. KSIĄŻKI NADESŁANE. XIII. ŻYCIO-RYSY. XIV. WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.



GAZETA LECARSKA

· PISMO · TYGODNIOWE ·

POŚWIĘCONE · WSZYSTKIM · GAŁĘZIOM · WNIĘT-
NOŚCI · LECARSKICH ·

Dieńdziesięcio-
lecie drugie.

Warszawa, d. 4 listopada 1916 r.

Uproszczony sposób operacji doszczętnej przepukliny pachwinowej.

Podał

Z. Sławicki.

ordynator oddziału chirurgicznego szpitala Św. Rocha.

Każda operacja doszczętna przepukliny pachwinowej wolnej ma na celu dwa zadania: usunięcie worka przepuklinowego oraz zwięźlenie otworu wyjściowego (wrót) przepukliny przez t. zw. odbudowę kanału. Worek usuwa się przez wyłuszczenie lub wycinowanie. Wzmocnienie ściany brzusznej na poziomie kanału osiągają przeważnie u nas stosowane metody przez przyszycie mięśni do więzu pachwinowego pod przeniesionym powrózkiem nasennym (typ Bassiniego) lub też bez przenoszenia powrózka przez przymocowanie mięśni ponad nim (typ Fergussona). Wykonanie obu tych zadań można, zdaniem mojem, znacznie uprościć, nie zmniejszając skuteczności wyniku.

Operacja doszczętna jest w istocie rzeczy zwykłym cięciem brzuszem (laparotomią) i dlatego oprzeć ją można na tych samych podstawach, jakie obowiązują i wystarczają dla każdego cięcia brzuszego, bez szczególnych dla przepukliny zabiegów, tak obecnie urozmaiconych. Tak tam, jak i tutaj, istnieją jednakowe warunki zasadnicze wytworzenia odpornej blizny ściany brzusznej, mianowicie szczelne zamknięcie otrzewnej i dokładne zeszywanie warstwy powięziowej. Zmiany operacyjne dla przepukliny wpływają przede wszystkim z obecności worka oraz dotychczasowego przekonania o konieczności zupełnego jego usunięcia, jak również zeszywania mięśni głębokich dla ściśnięcia wrót przepukliny.

Wobec nowszych poglądów etyologi-

cznych nie da się obecnie zaprzeczyć, że osnowę przepukliny pachwinowej tworzy wogóle worek przepuklinowy, czyli niezarośnięty uchyłek otrzewnej, t. zw. wyrostek pochwowy (*canalis vaginalis*). Budowie ściany brzusznej na poziomie kanału niepodobna na tej podstawie przypisywać roli usposabiającej. Ów wrodzony zadatek przepukliny — wyrostek pochwowy otrzewnej — posiada skłonność do samoistnego zarastania i od tej właściwości zależy zanikanie wielu przepuklin w dzieciństwie. Normalnie zanikający wyrostek pochwowy zarasta niezawsze na całej przestrzeni, lecz przeważnie w odcinku, przebiegającym w kanale pochwowym; powyżej zaś i poniżej położone jego odcinki mogą się nie zamykać. Niezupełne zarośnięcie wyrostka w górnej części wytwarza usposobienie do przepukliny i istotną jej przyczynę. Z tego względu główny cel operacji polegać winien na zamknięciu (zaszyciu) worka w miejscu właściwym, t. j. w wylocie jego brzusznej, gdyż pusty worek, nawet pozostawiony w całości, z czasem uleść musi zarośnięciu, dzięki fizjologicznej do tego skłonności. Wystarczy po temu samo zaszywanie worka powyżej szyi, zbytecznym zaś się staje wyłuszczenie lub nycinanie pustego worka. Jest to pierwsze uproszczenie, ułatwiające znakomicie każdą operację doszczętną, zwłaszcza zaś przepukliny dawnej i wielkiej; drugie dotyczy sposobu zeszywania poszczególnych warstw ściany brzusznej.

Większość stosowanych przeważnie metod wzmacniania ściany brzusznej na poziomie przepukliny oparta jest na poglądzie, że przepuklina pachwinowa powstaje i powiększa się dzięki szczególnemu układowi mięśni na poziomie kanału i że dla zapobieżenia wznowie trzeba niezbędnie znieść lukę przedniej ściany brzusznej, zależną od większego oddalenia mięśni głębokich od więzu pachwinowego, a to przez zeszywanie tych mięśni z więzem. Pogląd taki, czyli teoria mechanicznego powstawania i usposobienia do przepuklin nie ostaje się przed utrwalającym się coraz wyłączej zapatrywaniem odmiennym. W świetle nowych przekonań przepuklina pachwinowa jest wadą rozwojową, jest wyrazem wrodzonego usposobienia osobniczego, wynikającego jedynie z wadliwego zarośnięcia wyrostka pochwowego otrzewnej, jako przyczyny zasadniczej i pierwotnej, zmiany zaś, zachodzące w innych warstwach ściany brzusznej na poziomie kanału, zaliczyć wypada do zjawisk drugorzędnych i następnych. W miarę rozwoju przepuklina rozsuwa w rzeczy samej mięśnie głębokie i zarazem rozciąga warstwę ścięgnistą (powięziową) przedniej ściany kanału, czyli rozciągnie mięśnia skośnego zewnętrznego, tworzącego obie odnogi (*crura*) zewnętrznego pierścienia pachwinowego. Zmiany następne uwydatniają się najwyraźniej na odcinku rozciągną, rozpiętym pomiędzy odnogami, czyli na t. zw. *fascia intercruralis s. intercolumnaris*: ulega on stopniowemu ścięnczeniu i zwiótczeniu. Otóż na tę zmienioną część rozciągną wypada zwykle cięcie, skierowane ku obnażeniu worka, i oba powstałe przytem płaty wiotkie, połączone następnie wzajem, wytworzyć mają dostatecznie mocną podporę. Nie trzeba chyba dowodzić, że ten ścięnczący odcinek rozciągną nie jest wogóle w stanie zapewnić mocnej warstwy w bliznie i że nie może stanowić odpowiedniego materiału do odbudowy ściany brzusznej. Niezmienione, grube i mocne rozciągną znajduje się dopiero na poziomie górnej odnogi i tę właśnie jego część zużytkować należy do osłonięcia rozsuniętych mięśni i szwu otrzewnego. Łącząc ten odcinek rozciągną z mocnym również więzem pachwinowym, osiągamy dopiero bliznę niepodatną. Zbędne się wówczas staje i przyszywanie do więzu mięśni głębokich, przysunięcie bowiem do więzu górnej części rozciągną, rozpiętej na poziomie dolnego brzegu mięśni głębokich, samo przez się zbliża jednocześnie i owe mięśnie do więzu, a zarazem znosi lukę, pozbawioną warstwy mię-

śniowej. Przeszywanie mięśni niszczy tylko tkankę kurczliwą na obszarze szwów, nie przyczyniając się w niczem do istotnego wzmocnienia ściany brzusznej lub blizny operacyjnej. Co do pomieszczenia powrózka mniemać wolno, że zarówno wiąz obły, jak i powrózek nasienny same przez się nie grają żadnej roli w rozwoju przepukliny, ani w osłabieniu ściany brzusznej, i że można je pozostawić na miejscu, nie nadając szczególnego znaczenia ich położeniu. Przez zbliżenie rozciągną wraz z mięśniami do więzu ulega zarazem powrózek i worek przesunięciu wgląb, a takie ich położenie nie może wpływać ujemnie na ciągłość i jednolitość ściany na poziomie blizny operacyjnej. W ten sposób osiągamy drugie ułatwienie operacji doszczętnej, odpada mianowicie mozolne wyosobnianie powrózka i mięśni głębokich oraz ich przyszywanie.

Operacja w całości przebiega w sposób następujący. Po dojściu do rozciągną mięśnia skośnego zewnętrznego, przecinamy je wzdłuż odnogi górnej na całym jej przebiegu, od samego brzegu obrączki zewnętrznej kanału w kierunku nazewnątrz aż po za miejsce rozejścia się obu odnóg, prawie aż do więzu. Cięcie prowadzić trzeba nie w rozciągniętej, cienkiej warstwie rozciągną pomiędzy odnogami o rozsuniętych pęczkach poprzecznych, lecz w zbitej części rozciągną, czyli raczej w grubej tkance samej odnogi górnej o pęczkach podłużnych lub nawet ponad nią. Dolną część rozciągną z odnogą dolną, czyli przednią ścianą kanału, odluszcza się na całej przestrzeni od otoczek worka aż do więzu pachwinowego, który również obnażyć trzeba na całym przebiegu wzdłuż i na dół, aż do części wyraźnie zbitej; otrzymany w ten sposób płat trójkątny odchyłony zostaje na dół. Z kolei obnażamy worek w okolicy szyi, do czego wystarcza rozsunięcie na tępo mięśnia dźwigającego jądro i odchylenie do góry i pobocznie głębokich mięśni ściany brzusznej. Worek przecinamy na poziomie wylotu wewnętrznego kanału cięciem podłużnym, wystarczającym do sprawdzenia i odprowadzenia zawartości worka lub usunięcia zrostów. Następuje akt podstawowy — znieśnienie połączenia jamy worka z wolną jamą otrzewnej przez zeszywanie szwem ciągłym lub kapciuchowym wolnej otrzewnej ściennej ponad szyją worka. Wielką wagę kłaść należy na zeszywanie zdrowej otrzewnej powyżej szyi, czyli powyżej bliznowato niekiedy zmienionej ściany surowiczej worka, oraz na ujmowanie w szew samej tylko otrzewnej, co

znosi niebezpieczeństwo uciśnięcia nasienia wodu. Pozatem pozostały worek rozcięty pozostawiamy na miejscu bez wszelkich dalszych na nim zabiegów, nawet gdy leży w nim jądro (w tak zwanej przepuklinie wrodzonej). Jedynie w razie wyraźnych zmian zapalnych otrzewnej powstać może konieczność usunięcia lub przesączkowania worka.

Wzmocnienie ściany brzusznej osiągamy w ten sposób, iż przymocowujemy do więzu pachwinowego górny brzeg przeciętego rozciągną bez ujmowania położonych pod niem mięśni głębokich; podczas tego aktu trzeba choremu nadać położenie pół siedzące lub przynajmniej podnieść plecy, żeby zmniejszyć napięcie tkanek podczas wiązania szwów. Powrózek nasienny wraz z workiem chowa się przez to poza mięśnie i rozciągną, z pod którego wychodzi przez zwężony i nieco bardziej dośrodkowo przesunięty pierścień wewnętrzny. Odwracamy wreszcie do góry dolny trójkątny płat rozciągną i przymocowujemy brzeg jego wolny do powierzchni przesuniętego na dół rozciągną, dzięki czemu ściana brzuszna na poziomie dawnego kanału pachwinowego zyskuje zdwojoną warstwę ścięgniastą.

Technikę opisaną rozwijałem stopniowo od lat 6. Początkowo przecinałem odluszczoną szyję w poprzek i zeszyty kikut górny przesuwalem do góry, według metody Barkera, pozostawiając na miejscu dolny odcinek worka; później nacinałem poprzecznie otrzewną w szyi poniżej szwu bez odluszczenia worka, wreszcie zaniechałem wszelkich zabiegów na worku po za zeszytciem otrzewnej powyżej szyi. Przedstawione uproszczenia stosuję systematycznie dopiero od lat 4 i zdolałem je wykonać w 80 operacjach; były w tem przepukliny i bardzo wielkie i kilka prostych (h. directa). Dotychczas nie wykryłem wodniaka w pozostawionym worku ani wznowy, lecz zastrzedz się muszę, że oglądałem ponownie mniej, niż połowę przypadków szpitalnych, natomiast wszystkich prawie chorych prywatnych (około 30), niektórych po roku i dwu¹⁾. Wszystkie operacje

wykonane zostały w znieczuleniu miejscowym nowokainą. Do szwu otrzewnego używam katgut, do rozciągnowego wyłącznie nici florenckiej.

Dopiero po ustaleniu takiej metody przystąpiłem do odszukania w piśmiennictwie podobnych pomysłów co do pozostawiania worka. Literatura dawna świadczy, że pierwsze w historii próby leczenia operacyjnego przepukliny pachwinowej polegały właśnie na samym zaszytciu szyi lub jej zniszczeniu przez podrażnienie zapalne i następce zabliznienie bez wyluszczenia worka. W nowszych czasach podaje Drobnik (1) w r. 1898, iż nie będąc w stanie wyluszczyć u dziecka worka z powodu mocnych zrostów, musiał poprzestać na oddzieleniu samej szyi („okolicy wrót“), a po przecięciu szyi i zeszytciu szypuły górnej pozostawił *in situ* dolną część worka. Gojenie przebiegało bez obrzmienia i nacieku moszny, zjawiającego się stale u dzieci po wyluszczeniu worka, i ten wzgląd, obok znakomitego ułatwienia całej operacji, zachęcił Drobnika do systematycznego pozostawiania dolnej części worka, przeciętego w szyi. Na 55 operacji u dzieci nie widział ani jednej wznowy, chociaż nie stosował operacji doszczętnej, lecz wprost zaszywał bramę drutem srebrnym. Również Węglowski (2) (1906) przecina wpoprzek oddzieloną szyję worka, zaszywa część górną i nie wyluszcza wcale dolnego odcinka worka. — Wobec tych za-

ny, który powstał w kilka tygodni po operacji doszczętnej przepukliny obustronnej według przytoczonego sposobu, lecz z jednej strony tylko, i oddał mi go łaskawie do zbadania. Podczas operacji nie zanotowano żadnych zmian na surowicówce worka, na wyciętym zaś worku wodniakowym zauważono złogi żółtawobrunatnego włókniaka. Badanie worka (Kuligowski) potwierdziło obecność zmian zapalnych, bez cech swoistych: włóknista tkanka łączna z licznymi szerokimi naczyńkami, liczne ogniska tkanki ziarninowej. Z powodu pokazu Leśniowskiego przytoczył Zembrzowski L. i swoje spostrzeżenie wodniaka worka, zauważonego również wkrótce po zabiegu, wykonanym omawianą metodą; operowane dziecko miało wyraźne usposobienie gruźlicze i obarczenie dziedziczne.

Mamy tedy dwa niewątpliwe przypadki wodniaka pozostawionego worka przepuklinowego. W jednym podejrzewać można pochodzenie swoiste u gruźliczego dziecka, w drugim istnieją stwierdzone zmiany zapalne; oba ujawniły się wkrótce po zabiegu. Ten szczegół nasuwa myśl o bezpośrednim związku przyczynowym wodniaka z poprzedzającą operacją, pod wpływem czynników przypadkowych, skoro zapalenie wysiękowe w pustym worku przepuklinowym. samoistnego pochodzenia, należy wogóle do zjawisk wyjątkowych. Dalsze spostrzeżenia ustalą zapewne przyczyny i częstość tego powikłania.

¹⁾ Na odczycie w Towarzystwie Lekarskiem w czerwcu r. b. wzmiankowałem o jednej wznowie, opierając się na niedokładnych danych. Ponowne zbadanie owego osobnika wykryło obecnie tylko zwisanie moszny wielkiej i wiotkiej oraz gruby jeszcze powrózek, ściana zaś rozciągną na poziomie kanału jest ciągła i niepodatna, nie może być tu zatem mowy o wznowie.

Posiedzenie Sekcji chirurgicznej z d. 12 października r. b. przyniosło dwa przyczynki do sprawy wodniaka. Leśniowski przedstawił wodniak wyluszczo-

początkowań proponowane przezemnie samo zeszyście szyi worka *in situ* stanowi dalsze i znaczne ułatwienie techniczne.

Pomysł przysunięcia do więzu rozciągną, przeciętego wysoko na poziomie odnogi górnej, przejąłem od Judda (1911), współpracownika braci Mayo, zmieniając wszakże dalsze jego postępowanie. Judd (3) odłuszcza z przeciętego rozciągną dwa płaty, dolny i górny, żeby uwydatnić dolny brzeg mięśni głębokich ściany brzusznej i więz pachwinowy oraz złączyć je według Bassiniego, po wyłuszczeniu (skręconego) worka i przeniesieniu powrózka. Górny płat rozciągnowy przymocowany zostaje następnie również do więzu brzegiem wolnym, dolny przszyty do podstawy górnej. Przekonałem się dopiero niedawno, że pierwszeństwo tego pomysłu należy do Girarda. Według zdania Girarda (4), skuteczność metody Bassiniego, której jest stałym wyznawcą, zależy głównie od wzmocnienia ściany brzusznej przez przyszycie mięśni do więzu. Zdarza się wszakże nieraz, że przyszycia tego niepodobna zastosować w stopniu dostatecznym, mianowicie u chorych otyłych z wielką przepukliną mięśnie bywają w zaniku lub tak rozsunięte i przerośnięte tłuszczem, że nasuwa się słuszną wątpliwość co do mocy szwu, który się daje wówczas wykonać z wielką trudnością. Ta obawa poddała Girardowi myśl już w r. 1892, żeby w braku tkanki mięśniowej zapewnić pożądaną oporność blizny ściany brzusznej przez zdwojenie warstwy jej sprężystej. W tym celu, po usunięciu zupełnem worka, odseparowuje Girard oba brzegi przeciętego pomiędzy odnogami rozciągną, jako płaty i, po przymocowa-

niu zwykłym mięśni głębokich do więzu, nasuwa (jak dachówki — *on les imbrique*) jeden płat na drugi, płat dolny pod lub nad górny, przyszywa wolny brzeg górny przeciętego rozciągną do więzu, dolny zaś do podstawy górnego płatu, przyczem powrózek zostaje ułożony typowo, według Bassiniego, pod płatami lub też pozostawiony pod mięśniami. Przesunięcie płatów nietylko zapewniać ma wzmocnienie ściany brzusznej przez zdwojenie rozciągną, lecz sprowadza zarazem położenie naprzemienne blizn w różnych warstwach ściany brzusznej, czemu Girard przypisuje wielką wagę. W przeciągu lat 8 operował w ten sposób 543 przepukliny i spostrzegł 8 wznów: 3 po przebiegu aseptycznym, 5 po ropieniu. Sądzi też, że wznowy zdarzają się po tej metodzie rzadziej, niż po innych. Podaje nadto Girard, iż w r. 1894 opisał tę metodę w swej tezie uczeń jego, Stucki.

Na zakończenie pozwolę sobie raz jeszcze wyjaśnić, że za zasadniczy akt zabiegu uważać należy zniesienie połączenia worka przepuklinowego z jamą otrzewnej. Do wytworzenia pewnej blizny ściany brzusznej, chroniącej od wznowy, wystarcza złączenie mocnego odcinka samego tylko rozciągną z więzem. Te są dwa warunki istotne, stanowiące o wyniku. Czynnikiem dodatkowym i mniejszej wagi jest zużytkowanie dolnego płatu rozciągnowego do zdwojenia warstwy sprężystej blizny pooperacyjnej. Uwagi te powtarzam w chęci możliwie jasnego przedstawienia metody i jej zasad; w mojem przekonaniu jest ona prosta, łatwa, a zarazem pewna w wyniku.

L I T E R A T U R A.

1. D r o b n i k T. Radykalna operacja wolnych przepuklin pachwinowych u dzieci. Nowiny Lekarskie. 1898. 2. W ę g ł o w s k i R. Operacja doszczętna przepuklin pachwinowych na podstawie rozwoju i budowy okolicy pachwinowej. Gazeta Lek. 1906. 3. J u d d E. S. Inguinal hernia.

Types of operation. Results in 1652 cases. Collected papers by the staff of St. Mary Hospital Mayo Clinic, Rochester, Minn. 1905—1908. 1911. 4. G i r a r d Ch. Sur la cure radicale de la hernie inguinale. Archives Provinciales de Chirurgie. 1900.

Z ZAKŁADU ANATOMOPATOLOG. UNIwersYTETU Lwowskiego. Dyr. Prof. Z. DMOCHOWSKI.

Badania nad zachowaniem się przytarczyc w przypadkach powstawania złogów wapiennych w ustroju ludzkim.

Podał

Dr Zdzisław Tomaszewski,

asystent kliniki lekarskiej.

(Dokończenie—patrz № 18).

Celem łatwiejszego przeglądu zestawilem wszystkie zbadane przypadki w trzy grupy, oceniwszy stopień czynności gruczołów w myśl powyższych uwag.

Grupa I-sza zawiera przypadki, w których badanie anatomiczne wykazało obecność wszystkich składników, na podstawie których można wnioskować o wybitnie wzmożonej czynności przytarczyc, a więc: liczne komórki kwasochłonne, koloid, twory pęcherzykowe.

Grupa II zawiera przypadki, gdzie znalazłem albo: a) tylko większą ilość komórek kwasochłonnych, b) komórki w zwykłej ilości i koloid, c) komórki kwasochłonne i twory cewkowe; na tej podstawie przypuszczam, że gruczoły te są czynne w stopniu mniej wybitnym, aniżeli w przypadkach grupy pierwszej.

Grupa III-cia zawiera kilka pozostałych przypadków, w których znalazłem tylko małą ilość komórek kwasochłonnych; przypadki te uznano za słabo czynne. Na końcu opisu każdego poszczególnego przypadku zamieściłem uwagę, dlaczego został on zaliczony do danej grupy.

Aby się nie powtarzać, biorę za przykład przypadek pierwszy grupy pierwszej. Motywy dla oceny siły stanu czynnego były następujące:

a) duża ilość komórek kwasochłonnych, obfita ilość koloidu i pęcherzyków — wybitna czynność gruczołu (Grupa I);

b) istota rdzenna nadnerczy wązka;

c) demineralizujące działanie gruczołu — mocno rozwinięte;

d) duże zwapnienia, mimo wpływu gruczołu.

Wniosek: wzmożona czynność gruczołu zrównoważyła demineralizujący wpływ gruczołu i spowodowała powstanie złogów wapiennych.

Muszę w tem miejscu wspomnieć o spostrzeżeniach, ogłoszonych w literaturze anatomicznej i klinicznej, które pozornie stoją w

sprzeczności z mojami przypuszczeniami, w istocie jednak potwierdzają je tylko.

W sprzeczności z naszymi badaniami zdają się być badania gruczołów przytarczyc, jakie wykonano w przypadkach zmiękczenia i rozrzedzenia kości oraz krzywicy, a więc wspomniane już spostrzeżenia Erdheima, Schmorla, Strady, Bauera, Todyo i Hohlbauma. Autorowie ci wykazali w chorobach powyższych zmiany, które dowodzą wzmożonej czynności gruczołów przytarczycowych. Sprzeczność jest jednak pozorna. Z łatwością bowiem przypuścić można, że w przypadkach tych powstaje dążność ustroju do utrzymania równowagi w przemianie soli wapiennych; jest bardzo prawdopodobne, że gruczoły przytarczycowe w tych razach wysilają się czynnościowo, aby zatrzymać jak najwięcej soli w organizmie. Badania powyższych autorów, według mnie, wskazują tylko, że powyżej wzmiankowane choroby nie są następstwem schorzenia przytarczyc, lecz że zmiany w przytarczycach są wtórne. W przypadkach więc odkładania się złogów wapnia w ustroju zdrowym i w przypadkach nieprawidłowego wapnienia kości lub ich rozmiękczenia wzmożona czynność przytarczyc wydaje się być zrozumiałą.

Wracając do zmiękczenia kości (*osteomalacia*), wydaje nam się niezmiernie ważnym fakt, że w leczeniu tego schorzenia stosowano z dobrym wynikiem wstrzykiwanie adrenaliny (Bossi); stosowano je także z zadowalającym wynikiem w leczeniu krzywicy (Stoelzner)¹⁾.

¹⁾ Według Questa po iniekcji adrenaliny ma zwiększać się nawet wywóz wapnia w ustroju przez przewód pokarmowy, podczas gdy ilość wapnia w moczu zmniejsza się; dowodziłoby to, że wyniki lecznicze nie mogą być następstwem wpływu adrenaliny na bilans wapnia. Stoelzner przypuszcza, że adrenalina polepsza zdolność tkanki osteoidalnej zatrzymywania wapnia (cyt. Biedl. Innere Sekr. wyd. II, str. 913. Cz. I, str. 493).

T A B L I C A I. G r u p a I.

№ płeć, wiek	Rozpozna- nie	Zwapnienia	Komórki podstawowe	Komórki kwasochłonne	Ognisk syncyt.	Koloid	Twory cewkowate	NADNERCZA		
								Korowa	Rdzenna	kom. symp.
1. K. 51	Gruźlica znaczna	Szczyt plu- ca, oba 1-sze żebra	Twory gru- czolowate z komórek jasnych	Bardzo wielka ilość, jasne grupy duże. Czasami tworzą pę- cherzyk, wypełniony koloidem. Jednostaj- nych mniej, ale dosyć dużo	brak	b. ob- ficie	b. ob- ficie	do 1250	625	3—4
2. M. 53	Zwapnienie tętnic, sep- sis; klin. diabetes	1-sze żebro, chrząstki że- browe, aorta	Kontury nie- wyraźne	Bardzo duża ilość, przeważnie pojedyn- czo, rzadziej grupy większe	tu i o- wdzie	dosyć obfi- cie	dosyć obfi- cie	1260 dochodzą do 1262,5	1260	—
3. K. 50	Endocard. ulcerosa	prawie wszystkie chrząstki żebrowe	Różowe, kontury wy- raźne	Bardzo liczne ziarni- ste; duże grupy, je- dnolite, mniej liczne	brak	obe- cny	dosyć obfi- cie	1250	312,5	2—3
4. M. 56	Zwapnienie aorty	Aorta w znacznym stopniu	Różowe, kontury wy- raźne; two- ry adenoi- dalne	Bardzo liczne, ziarni- ste, przeważnie w grupach, nawet bar- dzo dużych. Jedno- stajnych mniej, ale tworzą czasem grupy	brak	dosyć obfi- cie	dosyć obfi- cie	do 1252	do 1562	8—10
5. M. 60	Marskość wątroby	Chrząstki żebrowe, chrząstka tarczowa	Różowe, kontury wy- raźne	Bardzo liczne, duże, ziarniste, liczne gru- py, miejscami duże gniazda, jakby oso- bny zrazik, na obwo- dzie lub wewnątrz	brak	dosyć obfi- cie	obe- cne nie- wiele	1250	do 1250	3—5
6. K. 32	Gruźlica małego sto- pnia, sepsis	Ogniska w szczytach	Różowe, kontury bar- dzo wyra- żne	Dosyć liczne, prze- ważnie małe jedno- lite; ziarnistych mniej przeważnie pojedyn- czo, są jednak i duże grupy	brak	bar- dzo obfi- cie	bar- dzo obfi- cie	937,50	do 781,25	2
7. K. 34	Gruźlica znaczna, amyloid	Chrząstki 4-go żebra obustron. i 1-go zebra	Różowe wyraźnie konturowa- ne	Bardzo liczne, prze- ważnie w grupach, liczne gniazda na ob- wodzie i w środku z ziarnistych. Małe je- dnostki także liczne, także tworzą grupki	brak	obe- cny nie- wiele	obe- cny nie- wiele	1562	781	2
8. K. 27	Endometr., peritonitis	Szczyt plu- ca, gruczoły w klatce piersiowej	Różowe, miejscami jasne; kon- tury mało wyraźne	Miennie liczne, jasne ziarniste 3—6 razem; brak grup większych	brak	obfi- cie	obfi- cie	781,25	1250	3—6
9. M. 50	Endocard. chron.	Zastawki; zwapnienia na opłucnej	Różowe, kontury wy- raźne	Miennie liczne, prze- ważnie ziarniste, po- jedynczo lub 2=3 ra- zem; gniazd dużych mało	brak	mier- nie li- czne	mier- nie li- czne	do 1562	do 1562	10—15

T A B L I C A II. Grupa 2.

№ pleć, wiek	Rozpozna- nie	Zwapnienia	Komórki podstawowe	Komórki kwaso- chłonne	Ogniska syncytial- ne	Koloid	Twory cewkowate	NADNERCZA		
								Korowa	Rdzenna	Kom. symp.
1. K. 21	Gruźlica du- żego sto- pnia	Szczyt płu- ca, gruczoły w klatce piersiowej	Drobne róż- owe, kontu- ry wyraźne	Dosyć dużo, prze- ważnie jasne, miej- scami w grupach dużych; kilka ma- łych jednostajnych	brak	mało	brak	1250	do 937	2—4
2. K. 37	Gruźlica du- żego sto- pnia	Gruczoły w klatce i kre- zkowe	Różowe i ja- sne naprze- mian; kontu- ry niewyra- żne	Bardzo liczne, przeważnie duże ziarniste, pojedyn- czo; także duże gniazda na obwo- dzie i w środku. Jeden twór adeno- matyczny, w nim liczne oksyfilne	brak	brak	brak	1450	600	1—2
3. K. 76	Gruźlica du- żego sto- pnia	Chrzastki wszystkich żeber	Delikatnie różowe, kon- tury wyra- żne	Bardzo liczne, przeważają ziarni- ste. Miejscami gniazda i beleczki	brak	mało	brak	1250	620	8—10
4. K. 30	Gruźlica du- żego sto- pnia	Duży gru- czoł w kla- tce	Różowe, kontury przeważnie wyraźne, miejscami zatarte	Nieliczne, poje- dyńczo, rzadziej 2—3 razem, jedno- lite. Ziarniste, u- łożone w grupy duże, dosyć liczne na obwodzie.	obecne naokoło grup o- ksyfil- nych	brak	dosyć duże	781 do 1260	625 do 1260	2—5
5. K. 32)	Gruźlica du- żego sto- pnia	Zastawki w sercu	a) przewa- żnie jasne, miejscami różowe, kon- tury wyra- żne b) różowe, kontury wy- raźne	a) mała ilość; je- dna tylko grupa. b) więcej, na ob- wodzie kilka grup	brak	brak mało	brak	amyloid, istoty rdzennej nie wi- dać	—	
6. M. 79	Gruźlica, zwapnienia tętnic	Aorta pier- siowa i brzu- szna miej- scami	Różowe i jasne, gra- nice miej- scami za- tarte	Bardzo nieliczne, przeważnie jedno- stajne, pojedyn- czo, rzadko razem; tak- że w grupie syn- cytialnej. Jedna grupa z 10 komó- rek tworzy jakby gruczoł. Ziarni- stych bardzo nie- wiele.	duże o- gniska	mało	brak	budowa wyraźnie gąbko- wata	prawie brak	—
7. M. 26	Gruźlica do- syć zna- czna	Ogniska ma- łe w szczy- cie, gruczoł w klatce	Różowe, granice nie- wyraźne	Nieliczne, prze- ważnie pojedyn- czo, rzadko 2 — 3 razem, małe je- dnolite; jeszcze mniej jasnych, ziarnistych.	brak	nie- wiele	mało	1250	1095	4—20

) a i b oznacza badania obu gruczołów.

T A B L I C A I I I . G r u p a 3 .

№ pleć, wiek	Rozpozna- nie	Zwapnienia	Komórki podstawowe	Komórki kwasochłonne	Ogniska syncytialne	Koloid*	Twory cewkowate	NADNERCZA		
								Korowa	Rdzenna	Kom. symp.
1. M. 40	Gruźlica do- ść znaczne go stopnia	1-sze żebro krtani	Przeważnie różowe tu i owdzie ja- sne, kontury wyraźne	Ilość mierna, po- jedynczo lub po 2—3; na obwodzie kilką większych grup ziarnistych komórek. Jednoli- tych bardzo mało.	brak	brak	brak	Widać tylko gdzie- gdzie	62,5	—
2. K. 45	Endocard. chron.	Zastawki, osierdzie	Bładorózo- we, kontury wyraźne	Ilość mierna, prze- ważnie ziarniste, pojedynczo lub po 2—3. Na obwodzie jedna grupa duża, jakby osobny zra- zik	brak	obecny tylko w grupie komórek kwaso- chłonn.	brak	1250	1862	nie znale- ziono
3. K. 25	Endocard. chron., gru- źlica mała	Zastawki szczyt płu- ca, gruczoly w klatce i zaotrzewno- we	Różowe, granice wy- raźne	Ilość niewielka, jasnoziarniste po- jedynczo; rzadko po 2—3 razem, je- dnolitych bardzo mało.	brak	brak	brak	szero- kość nie da się o- znaczyć, brak gra- nicy	bardzo wązka	nie znale- ziono
4. M. 60	Gastritis pseudomem- br. diphter	Krtani, tcha- wica, miej- scami chrzą- stki żeber	Granice nie- wyraźne, ko- mórki dro- bne, jądra ciemne	Bardzo niewielka ilość, jasnoróżowe, ziarnistość zale- dnie widoczna; u- łożone pojedynczo lub po 2—3. Jedna grupa z 20 komó- rek jasnych ziarn- nistych	brak	brak	brak	1250 do 1875	625	2—4

Praca moja doprowadziła więc mnie do ostatecznego wniosku, że w przypadkach odkładania się soli wapiennnych w ustroju ludzkim w miejscach, gdzie ich normalnie niema, istnieją w gruczolach przytarczowych zmiany, pozwalające wnosić o wzmożonej

czynności tych narządów. Wniosek ten jest, rozumie się, o tyle tylko możliwy i słuszny, o ile obrazy stwierdzone przez badania anatomiczne pozwalają na rozpoznanie nadczynności, czy też niedomogi przytarczyc.

PIŚMIENNICTWO.

1. Mac. Callum. Die Nebenschilddrüsen. Erg. d. inn. Med. u. Kinderheilk. T. XI.
2. Biedl. Innere Sekretion II Aufl. 3. Cataneo. Pediatría 1910. S. 6 i 10. 4. Neurath. Ztschr. f. Kinderheilk. 1910. 5. Mac Callum i Voegtlin. Cyt. według pracy Mac. Call. w. Erg.
6. Erdheim. Sitzungsber. d. Wiener Akad. d. Wissensch. 1907 — 116 Abt. II.
7. Schmorl, Strada. Prace cyt. według monografii Mac. Callum.
8. Bauer. Frankf. Z. f. Path. 7 — 1911 — 4. 231.
9. Todyo. Frankf. Z. f. Path. 10 — 1912.
10. Hohlbaum. Zieglers Beitr. 52—1912 — S. 91 — 104.

11. Harvier. Thèse — Paris 1909. Recherches sur la tétanie et les glandes parathy.
12. Getzowa. Virch. Arch. T. 188 — S. 181 — 1907.
13. Engel. Intern. Monatschr. f. Anat. u. Physiol. 26—1909—S. 84. (cytow. według Mac Callum).
14. Pepere. Ztrblt f. Pathol. 1908. Arch. de med. exp. Janvier 1908. Le glandole parathy. Turin 1906 (według M. Callum).
15. Hornowski. Badania anat. patol. nad stosunkiem grasicy do gruczolów przytarczycowych. i t. d. Tyg. Lek. 1913. str. 35—46.
16. N. Noorhoeve. D. A. f. kl. m. Bd 110 — H. 3 u. 4.

Przegląd bibliograficzny.

Anatomia człowieka. Tom II. str. 395 z 285 rysunkami. *Dr Adam Bochenek*, profesor Uniwersytetu Jagiellońskiego. Kraków, nakładem Akademii Umiejętności 1916 r.

Wiadomość, że wydawnictwo dalszych tomów Anatomii Bochenka nie będzie powstrzymane, przejęła wszystkich, którzy odczuwali brak polskiego podręcznika anatomii, głęboką radością i zadowoleniem. Prawda, że niespodziewana śmierć wytrąciła profesorowi Bochenkowi możność kierowania ośrodkiem drukiem dalszego ciągu jego dzieła; z drugiej strony byłoby niepowetowaną stratą dla naszej kultury podręcznikowej, gdyby wydawnictwo z takim nakładem pracy i o tak pięknej szacie zewnętrznej nie miało być doprowadzone do końca. Szkoda by też była niepomierna nagromadzonych rękopisów, materiałów, rycin i t. d.

Niemala tedy zasługa przypada profesorowi St. Ciechanowskiemu, który, wezwany przez Akademię Umiejętności, podjął się uporządkowania i poprawienia pozostawionych rękopisów, uzupełnienia brakujących ustępów, zaopatrzenia rycin w napisy, wreszcie wprowadzenia mianownictwa polskiego według słownika lekarskiego.

Tom drugi obejmuje splanchnologię; narząd trawienia, narząd oddechowy i narządy moczowopłciowe. Wielka szkoda, że rozdział o otrzewnej „ze względów technicznych” wypadło przenieść do mającego się ukazać tomu 3-go.

Rozdział I obejmuje ogólne stosunki narządu trawienia, więc rozwój rodzajowy i jednostkowy przewodu pokarmowego, ogólny rys rozwoju poszczególnych odcinków jego, podział i t. d.

Wiadomo, że rozwój przewodu pokarmowego w pierwszych okresach nie da się ściśle odgraniczyć od przewodu oddechowego. Ponieważ dalej przy omawianiu narządów oddechowych rozwój został przedstawiony znacznie krócej, a u niektórych organów jak na przykład „nos” pominięty zupełnie, więc należałoby, moim zdaniem, we wstępie zaznaczyć powinowactwo i ogólny rozwój embryologiczny wspomnianych dwóch przewodów pokarmowego i oddechowego.

Nie będę tu wyliczał treści dalszych rozdziałów, które systematycznie kolejno opisują wszystkie organy wewnętrzne człowieka.

Muszę jednak podkreślić nader dodatnie i zasadnicze strony podręcznika: niemal w każdym paragrafie, traktującym o pewnym organie, znajdujemy przede wszystkim uwagi rozwojowe; dalej po systematycznym opisie anatomicznomakroskopowym opis budowy mikroskopijnej, a co najważniejsze, zarys stosunków topograficznych. Nadaje to podręcznikowi cechę anatomii zupełnie współczesnej, odpowiadającej wymaganiom naszego okresu.

Przytem poruszono szereg zagadnień zupełnie nowych, nawet takich, które rzadko

znajdujemy w podręcznikach anatomii, jak naprz. rozdział o ciałkach przyzwojowych str. 269.

Zaznaczyć należy, że uwzględniono szeroko piśmiennictwo polskie, co w naszych warunkach jest rzeczą szczególnie ważną, gdyż jedynie w ten sposób polski dorobek naukowy zostaje w pełni wyzyskany.

Dalszą zaletą podręcznika jest w przeciwieństwie do tomu pierwszego zastosowanie mianownictwa polskiego według „słownika lekarskiego 1905 r.”. Aczkolwiek naogół słownik rzeczywiście został uwzględniony, to jednak nie obeszło się bez pewnych odstępstw, jak naprz.: „Gruczoły przytarczyczne” (str. 227 i 228) zamiast przytarczowe, niemal wyłączone stosowanie słowa *tarczycyca* (str. 8 i 224) zamiast *gruczoł tarczowy*, zachyłek *dwunastnicowej jelitowej* (str. 118), jako termin odpowiadający łacińskiemu *duodeno-jejunalis* i t. d.

A kiedy mówimy już o mianownictwie, to chciałbym zwrócić uwagę na pewne niewłaściwości terminologii łacińskiej; więc np. czytamy na str. 8 *glandula thyreoides* zaś na str. 224 *gl. thyreoidea*; na str. 53 *cartilago thyreoides* i *c. thyreoidea* (str. 182) — również *os hyoideum* i *os hyoides* (str. 187). Do czasu aż usprawiedliwione końcówki na *es* nie zostaną wprowadzone do mianownictwa anatomicznego bazylejskiego, byłbym przeciwny stosowaniu ich obok końcówek *eum*, *ea*, gdyż wprowadzamy w ten sposób pewien zamęt pojęć.

To samo dotyczy różnorodnych skrótów terminów łacińskich, takich jak naprz. *arteria*. Skrót *a.* jest ogólnie wprowadzony dla tętnic, natomiast skrót *art.* oznacza zazwyczaj *articulatio* — staw. Używanie więc obu skrótów nieraz obok siebie, naprz. str. 214, 216, powoduje pewien chaos.

Dalej naprz. użyto wyrażenia *paries membranacea* zamiast *membranaceus* (str. 199).

Słowo jeszcze o niezupełnie ścisłym interpretowaniu przez „słownik lekarski” terminów takich jak *musculus levator*, *m. constrictor*, które przetłumaczone zostały wprost *dźwigacz*, *zwieracz* i w tej formie weszły do podręcznika Bochenka, zamiast dokładniejszego *mięsień dźwigacz*, *m. zwieracz*; ta ostatnia forma odpowiadałaby wymogom nomenklatury bazylejskiej i byłaby ścisłym jej przekładem na język polski.

Do zalet podręcznika należy dalej zaliczyć bogaty dział rycin, których na 395 stron druku znajdujemy aż 285. Ryciny naogół odpowiadają ustalonej sławie dobrych ilustracji w anatomii Bochenka i przyczyniają się nie mało do podniesienia pięknej zewnętrznej formy podręcznika.

Jednakowoż co do kilku rysunków mam pewne zastrzeżenia: tak więc cały ich szereg został ustawiony krzywo, co niezmiernie razi,

jak np. rys. 97, 134, 211, 234, 236, 267, 270, 280, 284, 285 i inne.

Rys. 14 (str. 23) został, mojem zdaniem, wybrany niefortunnie. Już oddawna przy wszystkich rycinach głowy, a więc i nosa, jamy ustnej i gardła stosujemy ustawienie głowy w poziomej frankfurckiej. Zbyt silne pochylenie głowy ku tyłowi powoduje przyswojenie sobie zupełnie nienaturalnych stosunków wspomnianych organów. Również za rzecz bardzo niepedagogiczną uważam wadliwe rozmieszczenie odnośników w ten sposób, że się linie krzyżują, co niezmiernie utrudnia orientację.

Spotykamy wiele rycin zapożyczonych z innych wydawnictw, których reprodukcja nie pozostawia nic do życzenia. Na początku dzieła, a czasem i dalej, znajdujemy notatkę, skąd rysunek wzięto. Razi więc niejednolitość w tym względzie, gdyż u mnóstwa rycin zapożyczonych nie znajdujemy żadnej wzmian-

ki, że nie są rysunkami oryginalnymi: tak np. rys. 111, 113 według Corninga (*Lehrbuch der topographischen Anatomie 1909, str. 439 i str. 449*); 119, 120, 121, 127 według Kolmana (*Handatlas der Entwicklungsgeschichte 1909, fig. 394 — 395*); 74 i 136 według Maźiarskiego (?) i t. d.

Cena tomu II — 18 marek — jest niestety bardzo wysoka.

To wszystko są jednak usterki drobne, które nie zmniejszają istotnej wartości podręcznika, będącego książką zupełnie odpowiadającą swemu przeznaczeniu. Oby tylko jak najprędzej pojawił się tom III, a może i IV, abyśmy nareszcie mogli mieć pełny i oryginalny własny podręcznik anatomiczny, który by zaspokoił potrzeby naszej młodzieży i zapobiegł gromadnemu nabywaniu podręczników obcych.

Dr Edward Loth.

Warszawskie Stowarzyszenie Lekarzy.

Na posiedzeniu d. 29 IX. dr. S. Cetnarowicz wygłosił odczyt p. t. „Znaczenie i technika badania oczu w szkołach elementarnych“.

C. zaznaczył ważność uchwały Wydziału Oświaty, która stworzyła instytucję lekarzy higienistów i okulistów szkół elementarnych; korzyści, stąd wynikające, są bardzo znamienne, gdyż dają możność zajęcia się higieną oczu i ustalenia pewnych danych co do stanu oczu tej masy uczącej się młodzieży, a właściwie dzieci, która się różni pod względem i wychowania i kultury oraz warunków bytowania u siebie w domu od dzieci, uczęszczających do średnich zakładów naukowych. O ile wśród tych drugich przeważają wady refrakcji, zwłaszcza krótkowzroczność, stanowiąca *par excellence* dolegliwość szkolną, i, podług badań profesora wrocławskiego, Cohn'a, stale pod względem liczebnym i jakościowym posuwająca się naprzód w miarę postępów zajęć we wszystkich uczelniach, o tyle wśród pierwszych, t. j. uczniów szkół elementarnych, mamy do czynienia z cierpieniami rogówki i łącznicy, przeważnie na tle skrofalicznym; cierpienia te mają to do siebie, iż często upośledzają wzrok na skutek plam rogówkowych, pozostałych po nich. Prelegent opiera swoje wnioski na materiale, jaki obserwował w ciągu lat 16-stu w ambulatorium dla dzieci w zakładzie

dra Bączkiewicza i w warszawskim domu wychowawczym, gdzie 90% cierpień oczu na tle żółzowatym dochodzi do 60% ogólnej liczby zachorowań na oczy. Inic dziwne, jest to bowiem po większej części materiał ludzki w najgorszym gatunku, często dotknięty przez syfilis i gruźlicę. Zdaniem prelegenta, przy zobopólnym porozumieniu lekarz-hygienista szkolny wspólnie z okulistą powinien zająć się oględzinami oczu uczniów; więc winni poddać im łącznicę i rogówkę, zbadać ostrość widzenia, refrakcję i odpowiednio do przypadku zaopatrzyć ucznia w szkła, przyczem należy się ściśle rachować z indywidualnością badanego i brać połowę ostrości widzenia bez korekcyi, jako wystarczającą do zajęć ucznia w szkole. Zebrany z różnych szkół elementarnych materiał należy skrzętnie i starannie przechowywać, rok rocznie ogłaszać publicznie wyniki badań, aby w ten sposób dać możność zebrania ciekawej statystyki. W odczycie uwzględniono cały szereg danych liczbowych, odnoszących się do liczby krótkowidzów w szkołach, począwszy od szkół elementarnych, a skończywszy na wyższych uczelniach, jak również co do zapalen łącznicy i rogówki.

W dyskusyi brali udział S. Kopczyński i Rotermund.

Na posiedzeniu w d. 20. X. 1916 dr. Józef Jaworski odczytał referat p. t. „Podstawy organizacji sanitarnych w różnych państwach i Krajowa Rada Zdrowia“.

Ustrój organizacji sanitarnej, co do podziału, odpowiada prawie we wszystkich krajach Europy Zachodniej podziałowi administracyjnemu. Najniższą jednostką sanitarną jest zwykle gmina, która ukształtowała się w róż-

nych krajach bardzo różnie, stosownie do właściwości charakteru, a nawet rasy ludności, a także przeobrażeń politycznych, zmieniających w ciągu długiego czasu. Jednostką sanitarną już wyższą jest powiat, okręg, merostwo, hrabstwo, a jeszcze wyższą — gubernia, departament, prowincya. Stosownie do tego prawie wszędzie istnieje trzechstopniowość w hierarchii sanitarnoadministracyjnej. Innymi

słowy, zarząd sprawami sanitarnymi ześrodkowuje się, w trzech instancjach, w trzech organach administracyjnosanitarnych. Skład, zakres działalności, prawo i kompetencja organów tych są różne w oddzielnych państwach.

W Anglii, która ze względu na ustrój swój państwowy posiada odrębne także cechy i pod tym względem, nadzór nad zdrowiem publicznem ludności znajduje się bezpośrednio w zarządzie gmin.

Zgodnie z prawami tymi, cały kraj oprócz Londynu, który posiada od r. 1891 nowe prawo, podzielony jest na okręgi sanitarne dwójakie: okręgi sanitarne miejskie (Urban Sanitary Districts) i okręgi sanitarne wiejskie (Rural Sanitary Districts).

Każdy okręg (Sanitary Districts) posiada swe miejscowe organy zdrowia publicznego (Local Board of Health).

W miastach i okręgach z zarządem miejskim obowiązki organu zdrowia publicznego wykonywa Zarząd gminny sanitarny miejski. W okręgach wiejskich, złożonych z paru gmin, spełnia obowiązki organu zdrowia publicznego — Rada do spraw Dobroczyńności Publicznej — Board of Guardians. W okręgach wiejskich, złożonych tylko z jednej gminy, spełnia obowiązki te Komisya parafialna (Parochial Comitees) pod nazwą ogólną — Wiejskiej Komisji Sanitarnej („Rural Sanitary Authorities“).

Miejscowe organy zdrowia publicznego, złożone stosownie do ustroju gmin w Anglii z osób wybieralnych, posiadają bardzo szeroki zakres działalności, albowiem obejmuje on całą dziedzinę zdrowia publicznego.

W każdym okręgu sanitarnym znajduje się na służbie lekarz urzędnik (Medical Officer of Health) obierany przez miejscowy urząd zdrowia.

Lekarz urzędnik (Medical Officer) przedstawia organ techniczny Zarządu miejscowego zdrowia publicznego i podlega mu jako jego urzędnik. Jednocześnie pozostaje on pod rozkazami Centralnego Zarządu państwowego zdrowia publicznego.

Praktyką lekarz urzędnik ma prawo zajmować się tylko w małych okręgach, w wielkich miejskich okręgach praktyka jest mu zabroniona.

Do pomocy urzędnikowi lekarzowi w zakresie nadzoru sanitarnego okręgów wyznaczany jest dla każdego okręgu przynajmniej jeden t. zw. inspektor (Inspector of Nuisances), który spełnia niższe czynności służby sanitarnej i wypełnia wszystkie polecenia lekarza urzędnika i jest mu podwładny. Ta kategoria urzędników nie należy do zawodu lekarskiego i otrzymuje tylko pewne przygotowanie z dziedziny sanitaryj. Liczba tych inspektorów zależna bywa od terytorium okręgu.

Zarówno lekarz urzędnik, jak i inspektorzy sanitarni, obowiązani są prowadzić książkę swych czynności i przedstawiać sprawozdania.

Instancją środkową, organem sanitarno-

administracyjnym niższym w Angli, na mocy prawa z r. 1888, są zarządy hrabstw (Counties), w których zasiadają radcowie, powoływani z wyborów (County Councils). Spełniają one także rolę nadzorczą. Są instytucją, kontrolującą urzędy miejscowe zdrowia publicznego.

Instytucją najwyższą w sprawach sanitarnych i zdrowia publicznego w Anglii jest organ, t. zw. Local Government Board. Jest to niejako drugie Ministeryum spraw wewnętrznych, na którego czele stoi prezes, wyznaczany przez króla, właściwy zaś urząd sprawują dwaj sekretarze i dyrektorzy wydziałów, którymi są: wydział dobroczynności publicznej, prawny, sanitarnobudowlany, inżynierski, chemiczny, fabryczny, zdrowia publicznego, szczyplenia ospy, zaopatrywania Londynu w wodę, statystyki porodów, ślubów, śmiertelności. Do składu urzędu tego wchodzi wszyscy ministrowie, lord stróż pieczęci, lord skarbnik, lord prezes Rady państwowej. Wydziałem zdrowia publicznego (Medical Department) zarządza dyrektor lekarz (Medical Officer of the Board), który ma do pomocy lekarzy, urzędników, asystentów 2—3 i 7—9 inspektorów. Wydział ten posiada bardzo szeroką kompetencję i prawa.

We Francyi najmniejszą jednostką administracyjnosanitarną są t. zw. biura sanitarne, a nieco wyższą — komisye okręgowe sanitarne (Comissions sanitaires). U steru gminy, jak wiadomo, stoi mer, który jest jej przedstawicielem i wydaje rozporządzenia w granicach potrzeb miejscowych. Mer podlega, co do administracji, prefektowi, t. j. naczelnikowi departamentu, czyli prowincyi, w rzeczach finansowych — Radzie gminnej.

Na czele Biura sanitarnego stoi mer, zarządza zaś niemi lekarz. Członkami wybieranymi i wyznaczanymi są: lekarze miejscowi, architekt i inni rzeczoznawcy.

Urząd wyższy, środkowy, administracyjnosanitarny we Francyi sprawuje prefekt, zarządca departamentu. Co do zarządzeń sanitarnych kieruje się wskazówkami Rady Departamentalnej publicznej (Conseil d'hygiène publique départementale) a także Komisji sanitarnych okręgowych (Comissions sanitaires), z tych instytucji Rada departamentalna posiada charakter doradczy.

Komisya sanitarna składa się z 5—7 członków, wybranych z okręgu. Rada departamentalna składa się z 10—15 członków. W Radzie przewodniczy prefekt; on wybiera wiceprezesa i sekretarza na lat dwa.

Instancją najwyższą, państwowym organem centralnym we Francyi jest Zarząd sprawami dobroczynności oraz zdrowia publicznego, podległy Ministrowi spraw wewnętrznych (Direction de l'assistance publique et d'hygiène publique). Posiada on szeroki zakres działania w sferze zdrowia publicznego. U steru Zarządu stoi dyrektor, mianowany orzez władzę naczelną. Na czele odnośnych wydziałów, zwanych biurami, stoją naczelnicy, szefowie. Istnieją trzy takie Biura: 1) Biuro

instytucji dobroczynnych, 2) Biuro opieki nad dziećmi, 3) Biuro higieny społecznej.

Przy Zarządzie, niezależnie, jako oddzielny organ doradczy państwowej Dyrekcji dobroczynności oraz zdrowia publicznego, istnieje Komitet doradczy higieny publicznej we Francji (le Comité consultatif d'hygiène de France). Komitet dzieli się na trzy sekcje: 1) Higiena miast i wsi: epidemie, epizoty, statystyka; zrzeszenia higieniczne; zdrojowiska (wody mineralne). 2) Higiena żywienia, higiena fabryczna i profesjonalna. 3) Sekcja prawodawstwa; udoskonaleń w medycynie i farmacji; różne sprawy. W skład Komitetu wchodzi 45 członków, z których 14 wyznaczanych jest przez władzę z pośród znanych lekarzy, chemików, inżynierów.

W Belgii organami zarządu sprawami sanitarnymi są t. zw. Komisje lekarskie. Dzieli się one na Komisje lekarskie miejscowe (Commissions médicales locales) i Komisje lekarskie prowincjonalne (Commissions médicales provinciales).

W skład Komisji lekarskiej prowincjonalnej, których w całym kraju jest 17-cie, wchodzi: lekarze, aptekarze, architekt, inżynier, weterynarz. Wszyscy są oni mianowani przez króla na lat sześć. Lekarze i farmaceuci obowiązani są wykazać się 5-cioletnią praktyką.

Wynagrodzenie służby zdrowia w Belgii jest bardzo niskie. Prezes Komisji pobiera 600 fr., członkowie po 300 fr. rocznie.

W Austrii podstawą zarządu sanitarnego w państwie jest sanitarna służba w gminach, powołana do życia na mocy prawa z r. 1870, uzupełnianego później przez prawa z r. 1896. Służba sanitarna w Austrii była wprowadzana stopniowo przez prawa miejscowe oddzielnych krajów. Każda gmina samodzielnie, sama, lub kilka gmin sąsiadujących, tworzy jednostkę sanitarną, ewentualnie powstaje jedna połączona gmina sanitarna. Gmina taka wyznacza lekarza gminnego lub powiatowego. Obowiązki lekarza takiego polegają na leczeniu bezpłatnem chorych ubogich, powtórnie, na spełnianiu czynności sanitarno policyjnych.

Instancją środkową w sprawach administracyjnych sanitarnych w Austrii są Urzędy prowincjonalne t. zw. Statthaltereien-Landesregierungen (namiestnictwa), u których stoi namiestnik (Statthalter). Przy nim urzęduje lekarz, w charakterze jego pomocnika specjalnego, t. zw. referent sanitarny (Landes-sanitätsreferent, albo Statthaltereiarzt).

Każda główna prowincja w Austrii posiada swój urząd naukowodoradczy—Krajową Radę Zdrowia (Landessanitätsrat), zależny od naczelnika prowincji. Do składu Rady tej należy 3 lub 6 członków, wyznaczanych często z pośród profesorów uniwersytetu.

Wyższą instancją, wyższym organem państwowym administracyjnosanitarnym jest w Austrii Departament lekarski Ministerium spraw wewnętrznych, na którego czele stoi lekarz-referent sanitarny (Sanitätsreferent). De-

partament posiada dwa wydziały: 1) sanitarnopolicyjny i 2) lekarskopolicyjny.

Przedstawicielami wydziałów tych są radcowie sanitarni.

Niezależnie od tego istnieje w Austrii także organ naukowodoradczy — Najwyższa Rada sanitarna, która posiada duże atrybucje; między innemi od niej zależą nominacje urzędników lekarskich. W składzie jej zasiada referent sanitarny (Sanitätsreferent) Ministerium spraw wewnętrznych, ściślej Departamentu sanitarnego i sześciu członków, nadradców sanitarnych, (Obersanitätsräte), a są nimi prawie wyłącznie profesorowie wydziału lekarskiego Uniwersytetu w Wiedniu, oraz członkowie doradczy; nadto, minister ma prawo powoływać rzeczoznawców. Przewodniczącym Rady jest lekarz, powoływany z wyboru.

W Niemczech centralnym organem administracyjnym w sprawach sanitarnych jest Cesarski Urząd Zdrowia (Kaiserliches Gesundheitsamt), uzależniony bezpośrednio od kanclerza państwa, i stanowi właściwie wydział Departamentu spraw wewnętrznych. Kompetencja i czynności Urzędu tego, jako organu kanclerskiego, w sprawach sanitarnych i weterynaryjnych, polegają na opracowywaniu projektów praw z dziedziny zdrowia publicznego, prowadzeniu statystyki, opracowywaniu spraw naukowych. Cesarski Urząd Zdrowia jest przytem organizacją, która ześrodkowuje interesy odnośnie wszystkich państw związkowych. Do składu Urzędu wchodzi: prezes (prawnik) z nominacji; jako członkowie: 8 lekarzy specjalistów, 1 weterynarz, 3 botaników, 1 zoolog, 1 prawnik. Urząd składa się z 3 wydziałów, wydziału nauk przyrodniczych, nauk lekarskich i nauk biologicznych.

Drugim organem, o charakterze doradczym, jest Państwowa Rada Zdrowia (Reichsgesundheitsrat). Do składu jej należy 77 osób, znanych na polu naukowym, a także osób doświadczonych w administracji. Wszyscy oni stanowią kolegium naukowodoradcze przy Cesarskim Urzędzie Zdrowia.

W Prusach niższą instancją w sprawach administracyjnosanitarnych, organem zarządu sprawami temi, jest naczelnik obwodu powiatu (Landrat), a przy nim, jako pomocnik techniczny, lekarz okręgowy (Kreisarzt), który ma do pomocy jednego lub dwu pomocników. Do kompetencji i czynności lekarza tego należy kierownictwo sprawami lekarskimi i policyjnosanitarnymi w powiecie, a także dozór nad wykonywaniem rozporządzeń i przepisów. Lekarz okręgowy jest zatem w Prusach organem wykonawczym przy landracie; spełnia także obowiązki lekarza sądowego. Jako organ doradczy dla administracji miejscowej istnieją w Prusach, t. z. Komisje Zdrowia (Gesundheitskommissionen). W dużych miastach mogą być tworzone i podkomisje dla oddzielnych pojedynczych dzielnic.

Instancją wyższą, organem środkowym, w zarządzie sprawami sanitarnymi jest nadprezydent prowincji (Oberpräsident) wyższy

urzędnik administracyjny w prowincyi, a następnie prezydent okręgu (Regierungspräsident) a przy nim radca lekarski (Medicinalrat), zależny od prezydenta okręgu. Nadto, Provinzial-Medicinal Kollegium, które załatwia także sprawy sądowolekarskie. Do składu jego należą: radca lekarski; 3 członków lekarzy; 3 specjalistów z pośród aptekarzy i weterynarzy.

Najwyższą instancją w sprawach sanitarnych w Prusach jest Wydział lekarski (Medicinal Abteilung) Ministerium spraw duchownych, oświaty i lekarskich. Oddział ten jest najwyższym organem rządzącym w Królestwie Pruskim, w sprawach zdrowia publicznego. U steru Wydziału tego stoi naczelnik, z wykształcenia prawnik i 4 referentów lekarzy (Geheime Medicinalräte); lekarz sztabu generalnego, przedstawiciel Ministerium spraw wewnętrznych i specjaliści z pokrewnych gałęzi wiedzy.

Jako organ doradczy w różnych gałęziach zarządu lekarskiego, bezpośrednio zależny od Ministerium spraw wewnętrznych, w Królestwie Pruskim jest Deputacja naukowa do różnych gałęzi zarządu lekarsko-sanitarnego (Wissenschaftliche Deputation für das Medicinalwesen). Deputacja składa się z dyrektora, którym jest urzędnik zarządu, i 14 członków, wyznaczonych przez króla: zarządzający wydziałem lekarskim, 4 radców technicznych, 8 profesorów wydziału lekarskiego Uniwersytetu w Berlinie i 1-go profesora chemii. Oprócz tego wchodzi do Deputacji 12 członków z głosem doradczym i przedstawiciele izb lekarskich, utworzonych przez prawo z r. 1889. Jednocześnie Deputacja jest wyższym Komitetem w sprawach sądowolekarskich oraz instytucją egzaminacyjną dla egzaminów państwowych na stopień lekarza.

Po omówieniu w dalszym ciągu zasad organizacji sanitarnej w Bawaryi, Saksonii i Wirtembergu, J. J a w o r s k i przeszedł do omówienia dawnych stosunków naszych, krajowych, które podaje w zwięzłym streszczeniu na podstawie dzieła Fr. Gedroycia, p. n. Rada Lekarska Ks. Warszawskiego i Królestwa Polskiego (1809—1807) historię kształtowania się organizacji sanitarnej w tej części ziem polskich za czasów Ks. Warszawskiego i Królestwa Polskiego Kongresowego.

W Księstwie Warszawskim w r. 1807 powstała Najwyższa Dyrekcja Lekarska, która zajęła się organizacją i zarządzeniem służby zdrowia w Ks. Warszawskim. Sprawy administracyjno-lekarskie powierzono Dyrekcjom Lekarskim Departamentowym, zależnym od Dyrekcji Najwyższej. Każda dyrekcja departamentowa składała się z dwu wydziałów: do pierwszego należały czynności policyjno-lekarskie, do drugiego—naukowe.

Każdy powiat winien był posiadać swego lekarza, czyli fizyka.

Dekret królewski, wydany w Dreźnie 1809 r. ustanowił Radę Ogólną Lekarską, która była wydziałem naukowym w Ministerium

spraw wewnętrznych dla całego kraju z siedzibą w Warszawie. Natomiast sprawy administracyjno-sanitarne i policyjno-lekarskie ześrodkowywały się w Wydziale Lekarskim Ministerium spraw wewnętrznych. Szefem Wydziału tego był lekarz, mianowany przez króla. Zarząd policyi lekarskiej w departamentach spoczywał w rękach prefektów, z których każdy miał w biurze swoim szefa wydziału lekarskiego departamentowego z tytułem fizyka departamentowego.

Zarząd policyi lekarskiej w powiatach powierzono podprefektom, w miastach—prezydentom municypalnym (w Warszawie—prezydentowi policyjnemu); przydani im byli fizycy i chirurdzy powiatowi lub miejscy.

Każdy departament posiadał komisję lekarską egzaminacyjną.

W Królestwie Kongresowym zaprowadzenie nowej organizacji władz w r. 1817 pociągnęło za sobą również pewne zmiany w administracji służby zdrowia. Sprawy służby zdrowia weszły wtedy do Wydziału „policyi generalnej” Komisji Rządowej Spraw Wewnętrznych.

Po r. 1831 organizacja administracji cywilno-lekarskiej, a więc i sanitarnej, uległa znów zmianie.

Mówca pomija stopniowe, w miarę czasu, przekształcenia, jakim ulegały odnośne instytucje i sama organizacja sanitarno-lekarska w kraju, przypomina tylko, że przeobrażenia te zakończyły się zwinieniem Rady Lekarskiej, istniejącej przez lat 20, ukazem do Rządzącego Senatu z r. 1867, datowanym w Moskwie.

Zestawiając dawną organizację, z czasów Księstwa Warszawskiego i Królestwa Polskiego, z wzorami zagranicznymi pod tym względem, możnaby, zdaniem mówcy, program organizacji sanitarnej w kraju, już dziś, w najbardziej ogólnych zarysach naszkicować, jako problemat, który ze względu na niewiadome, co do ustroju administracyjnego, w chwili obecnej do rozwiązywania stanowczo się nie nadaje, lecz program taki najogólniejszy posłużyć może w przyszłości, jako przedmiot do rozważania i uwag.

Podstawą Zarządu sanitarnego w kraju powinna być służba sanitarno-lekarska w gminach. Każda gmina, o ile co do obszaru i zaludnienia posiada po temu dane, wytworzyć stałe Komisje Sanitarne Gminne, w których przewodniczy lekarz gminny, wyznaczany i utrzymywany przez gminę, ewentualnie subsydyowany przez skarb krajowy. Obowiązki jego są lekarskie i sanitarno-policyjne.

Parę gmin mniejszych tworzy połączoną gminę sanitarną, czyli okręg sanitarny, posiadający swego lekarza okręgowego. Na jednego lekarza okręgowego nie może przypadać więcej nad 10—12 tysięcy ludności.

Każdy powiat, czyli obwód, ma swój Urząd Lekarski Powiatowy, czyli Fizykata Powiatowy, na którego czele stoi lekarz, czyli fizyk powiatowy, obwodowy.

Organem doradczym jest Rada Sanitarna Powiatowa. W skład niej, oprócz fizyka powiatowego, wchodzi 2—3 lekarzy, aptekarz, weterynarz.

Każde województwo (mniej więcej obecna gubernia) posiada Urząd lekarski Wojewódzki, Fizykat Wojewódzki, w którego skład wchodzi: inspektor, czyli fizyk wojewódzki, lekarz powiatowy, czyli fizyk powiatowy z tego powiatu, w którym będzie urząd wojewódzki, asesor farmacyi i starszy weterynarz. Fizykat wojewódzki, oprócz czynności lekarskich, sanitarnopolicyjnych, spełnia także zadania sądowolekarskie.

Jako organ doradczy, działa Rada Sanitarna Wojewódzka. Do składu jej należą: 10—12 członków, z których paru jest przedstawicielami Województwa, 3—4 lekarzy, jeden farmaceuta, jeden główny inżynier, jeden architekt i jeden weterynarz.

Instancją główną, centralną w kraju w sprawach sanitarnych i lekarskich jest Krajowa Centralna Rada Zdrowia. W Krajowej Centralnej Radzie Zdrowia, jako najwyższej magistraturze sanitarnolekarskiej, ześrodkowują się wszelkie sprawy, do tej dziedziny należące. Wszystkie urzędy lekarskie, wszelkie instytucje sanitarnolekarskie zależne są od Krajowej Centralnej Rady Zdrowia i od niej odbierają wezwania i polecenia bezpośrednio, np. Fizykaty Powiatowe, te zaś urzędy dają od siebie polecenia lekarzom powiatowym, obwodowym, miejskim, tudzież tym władzom niższemu lub specjalnemu, np. dozorcą sanitarnym targowym, których pomoc okaże się niezbędną przy wykonywaniu obowiązków przez lekarzy.

Zakres i kompetencja Krajowej Centralnej Rady Zdrowia określa się następującymi zadaniami: 1) Zarządzanie sprawami administracyjno-sanitarnymi i lekarskimi. 2) Zadania z zakresu policyi sanitarnej w jaknajszerszym znaczeniu. 3) Zadania sądowolekarskie. 4) Zadania naukowe.

Przewodniczącym w Radzie jest protomedyk (główny inspektor służby zdrowia w kraju), członkami lekarze, znani z zasług i prac naukowych, wybrani przez Towarzystwa i Zrzeszenia lekarskie oraz delegowani przez wydział lekarski profesorowie Uniwersytetu Warszawskiego, a także inżynier i architekt z pośród profesorów Politechniki Warszawskiej, delegat Izby Lekarskiej Krajowej, oprócz tego inspektor Urzędu Lekarskiego m. stoł. Warszawy, inspektor szpitali, a także asesor farmacyi, inspektor weterynaryi i radca prawny.

Najwyższym organem doradczym przy Krajowej Centralnej Radzie Zdrowia jest Centralny Komitet Hygieniczny, którego urząd i zakres działalności mógłby być wzorowany na Towarzystwie Hygienicznym Warszawskiem, mianowicie na wytworzeniu w Komitecie wydziałów: higieny miast i wsi, statystyki, meteorologii, higieny szkolnej, wód mineralnych i t. d.

Organizacja sanitarna m. st. Warszawy, a na wzór jej w stolicach Województw, pozostaćby mogła mniej więcej

na tych samych zasadach co obecnie, z warunkiem, aby w Kolegium magistrackim zasiadał lekarz urzędnik, jako przedstawiciel Wydziału Zdrowia Publicznego.

Przy reorganizacji sanitarnej kraju, rzecz naturalna, iż rozpatrywane być muszą wszelkie ustawy i przepisy, aby cała organizacja posiadała wszelkie cechy zarówno formalne jak istotne współczesnych wymóg nauki i ustroju samorządnego państwa.

Przechodząc w zakończeniu do uwag ogólnych, mówca uważa, iż należy koniecznie podkreślić, że jednym z podstawowych warunków przyszłej organizacji sanitarnej w kraju jest, aby naczelnym kierunk nad sprawami temi zarówno w najwyższej magistraturze zdrowia publicznego, t. j. w Krajowej Centralnej Radzie Zdrowia jak i w poszczególnych, obwodowych, t. j. w Fizykatach, należał do lekarzy.

Drugim warunkiem dobrej organizacji sanitarnej w kraju będzie pozostawienie pewnej samodzielności lekarzom urzędnikom. Zależność zupełna właśnie niższych organów zdrowia publicznego od władzy administracyjnej, a także zbyt wielkie uzależnienie ich działalności nawet od władzy lekarskiej zwierzchniej odbić się może niekorzystnie na sprawności organizacji sanitarnej.

Wymownym dowodem tego były do niedawna stosunki u nas, gdzie lekarze cyrkulowali, zależni od komisarzy, powiatowi — od naczelników powiatu i t. d., skazani byli na bierność i najczęściej tylko formalnie spełniali swoje obowiązki.

Czynnikiem, upośledzającym sprawność organizacji tej, bywa urząd administracyjny, polegający na dualizmie władz, jak to ma miejsce, np. w Galicyi, gdzie nieraz brak bywa rozgraniczenia sfery działania i kompetencji prawnej pomiędzy władzą państwową a krajową.

Ważnym także warunkiem organizacji sanitarnej będzie ściśle określenie zadań, obowiązków i kompetencji lekarzy urzędników, t. j. lekarzy gminnych, miejskich, fizyków i t. d., a także nieprzeciążenie ich zbyt nadmiarem zajęć, wreszcie, odpowiednie uposażenie służby zdrowia publicznego.

W końcu, J. Jaworski wyraża zapatrzywanie, że w pracy nad uzdrowotnieniem kraju wziąć powinni udział w organach sanitarnych licznie wybitni i obywatelę wszystkich stanów, udział nieprzemijający, lecz stały.

Ten udział obywateli byłby poniekąd tylko wskrzeszeniem prawa o miastach, a ściślej komisji obywatelskich, t. zw. Komisji Dobrego Porządku — *Boni Ordinis* — utworzonych przez reskrypt królewski już w r. 1765. Prawo o miastach, zachęcające do utworzenia dobrze urządzonych, zagospodarowanych siedlisk ludzkich, przystojną postać miasta mających, zostało w Polsce w r. 1791 uchwalone, a więc na 50 i parę lat wcześniej, niż analogiczne prawo odnośne z r. 1848 w Anglii.

Kończąc referat swój, J. Jaworski wy-

raża głębokie przekonanie, że równocześnie z odbudowywaniem kraju tworzenie i kształtowanie nowych instytucji i organizacji krajowych, a tem samem Krajowej Centralnej Rady Zdrowia, odbywać się będzie na gruncie ustroju konstytucyjnego i oprze się na prawach autonomicznych krajowych, że Krajowa Rada Zdrowia współdziałać będzie z innemi organizacjami krajowemi w wytwarzaniu dobrobytu i zdrowotanu, w szerzeniu oświaty i kultury ciała i ducha narodu.

W rozprawach nad referatem wzięli u-

dział koledzy: A d a m s k i, radca Fr. Chłapowski z Poznania, Ż e n c z y k o w s k i, Polak, B a c z k i e w i c z, Z a p a s i e w i c z, P y r z, B. S a w i c k i i prelegent.

Sprawa organizacji sanitarnej w kraju wejdzie ponownie pod obrady Tow. Hygienicznego; do opracowania odnośnego projektu wyłoniona już została osobna Komisja z pośród członków Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego oraz innych zrzeszeń lekarskich.

Wiadomości bieżące.

— Na wydziale lekarskim uniwersytetu warszawskiego wykłady objęli następujący profesorowie: E. Loth — anatomię opisową ciała ludzkiego oraz ćwiczenia praktyczne z anatomii, M. Czubalski — fizyologię, K. Jabłczyński — chemię ogólną (część nieorganiczna), J. Braun — również chemię ogólną (część nieorganiczna), J. Tur — anatomię porównawczą, J. Parnas — chemię lekarską, L. Kryński — anatomię topograficzną, W. Mazurkiewicz — farmakognozę, Z. Wójcicki — botanikę ogólną, M. Konopacki — histologię, rektor J. Brudziński — propedeutykę lekarską, J. Wierusz-Kowalski — fizykę doświadczalną, J. Sosnowski — zoologię.

Na kursach farmaceutycznych objęli wykłady profesorowie: K. Jabłczyński — chemię ogólną i pochodne benzolu, W. Mazurkiewicz — farmakognozę i ćwiczenia ogólne z farmakognozy, Z. Wójcicki — botanikę, J. Sosnowski — zoologię, J. Wierusz-Kowalski — fizykę doświadczalną i zajęcia praktyczne z fizyki, S. Thugutt — repetytorium mineralogiczne.

— Dnia 24 z. m. prof. Loth zaprosił grono lekarzy do obejrzenia zreorganizowanego Instytutu anatomicznego przy ul. Chałubińskiego (daw. Teodora). W krótkim stosunkowo czasie prof. Loth z młodzieńczą energią zmienił do niepoznania ten pierwszy przybytek wiedzy, jaki w swej trudnej drodze spotykają adepci medycyny. Sala wykładowa otrzymała ławki (dotychczas siadano na schodkach estradowych) i odpowiednie oświetlenie elektryczne. Do demonstracji nabyto wybory epi diaskop Leitz'a. Praeparatorium główne posiada dostateczną liczbę porządných stołów i stołków, umywalnie, terakotowe szafy do przechowywania preparatów, które tu wieszają studenci na hakach z numerami po ukończeniu zajęć. Na korytarzach znajdują się zamykane szatnie na fartuchy, narzędzia i książki. Osobne mniejsze sale w liczbie 5, każda mniej więcej na 40 osób, i jedna duża na 120 osób służą do robót studentów 2-go roku. Prócz tego znajdują się gabinety dla profesora i asystentów oraz biblioteka. W kilku demonstratoryach wystawiane są co 2 tygodnie preparaty przeznaczone do nauki dla studentów. Niezależnie od tego istnieje wypożyczalnia kości, znajdująca się pod zawładaniem Koła medyków. Przerobiono gruntownie

dawniej ohydne i wilgotne podziemia prosektoryum, w których mieszczą się teraz terakotowe zbiorniki (dawniej drewniane) do przechowywania ciał w roztworze formaliny. (Ile to potrzeba materiału dla 800 studentów!). Naturalnie, że usunięto z podziemi mieszkania służby, która tu niedawno gnieździła się wraz z dziećmi (!).

Prawdziwem arcydziełem rozumnej pracy jest uporządkowanie muzeum anatomicznego i wzbogacenie tegoż w tak krótkim czasie całym szeregiem pięknie odrobionych preparatów. Dawniej, jak wiadomo, muzeum było niedostępne dla studentów, panował tu chaos i nieporządek; nikt się nie troszczył o konserwację i wzbogacanie zbiorów. A jednak niegdyś działało się tu inaczej, jak to się okazuje z niektórych faktów, które się udało prof. Lothowi wydobyć z pyłu zapomnienia. Znalezione np. jeszcze z czasów Uniwersytetu Królewskiego poniewierające się gdzieś na strychu bardzo starannie prowadzone katalogi i protokoły posiedzeń, a za ich pomocą odszukano w zbiorach dużo ciekawych okazów, między innymi 4-ry preparaty „wyrobione, jak opiewa katalog, wskutek zadanego tematu przez Wydział lekarski na rok szkolny 1828/29, za które Adam R a c i b o r s k i, drugoletni uczeń Wydziału, otrzymał przysądzoną sobie nagrodę przez ten Wydział w medalu złotym większym“. Preparaty te, noszące w katalogu №№ 1393, 5 i 6, były to arterye powierzchowne, żyły i nerwy na głowie i szyi dorosłego człowieka, świetnie odrobione i doskonale po dziś dzień zachowane. Tu należy także kilka okazów z r. 1823: „większe pnie i głównejsze arterye aorty, wyrobione wraz z sercem w ciele dziewczyny 10-letniej przez pp. Stankowskiego, Kochowskiego i Kadłubowskiego“ (№ 420) oraz „głowa 7-letniego chłopca z wystrzykanemi arteryami, wyrobiona pracowicie przez P. Rutkowskiego“ (№ 429), a nawet 2 preparaty z r. 1809; „ciało małego chłopca, w którym czaszka z lewej strony do połowy jest odcięta — arterye zaś wszystkie, wychodzące z aorty, wystrzykane masą, ale mniej dokładnie wyrobione“ (№ 421) oraz „kadłub młodej dziewczyny z odnogami górnemi, z prawą dolną całą odnogą — lewem udem — z podstawą czaszki i twarzą — na którym arterye wszystkie

wystrzykane" (№ 422). Obecnie wszystkie okazy umieszczone są w witrynach i gablotach, ułożone według działów, opatrzone napisami i objaśnieniami oraz bardzo pięknymi rysunkami, a ustawione w taki sposób, że ma się do nich łatwy dostęp. Niektóre działy (mózg, narządy zmysłów) odznaczają się wielką subtelnością odrobienia i są w wysokim stopniu pouczające. Rzecz niezmiernie pocieszająca i godna zaznaczenia, że nie tylko profesor i asystenci, ale i sami studenci brali bardzo czynny, a bezinteresowny udział w odświeżeniu starych preparatów, sporządzaniu nowych, wykonywaniu rysunków, nieraz prawdziwie artystycznych, i wogóle w uporządkowaniu całego muzeum. Bez życzliwego i masowego współudziału studentów, jak twierdzi prof. Loth, nie możnaby było dokonać tej zmuśnej pracy w czasie tak krótkim. Szczęśliwa młodzież, która w takich warunkach i pod takim kierunkiem rozpoczyna studia lekarskie!

Wspomniany wyżej laureat Raciborski urodził się w r. 1809 w Radomiu, w r. 1831 będąc czteroletnim uczniem medycyny, mianowany został lekarzem 4 pułku piechoty liniowej i z nim odbył całą kampanię wojenną. Ozdobiony złotym

krzyżem wirtuti militari tułał się na obczyźnie. W roku 1834 otrzymał dyplom doktora medycyny w Paryżu, gdzie mieszkał aż do śmierci (1871) i gdzie zjednał sobie sławę znakomitego praktyka, zwłaszcza w dziedzinie ginekologii. Był jednym z założycieli i pierwszym sekretarzem głównym polskiego Towarzystwa Lekarskiego w Paryżu. Pod jego kierunkiem wyszły 2 tomy rocznika tego towarzystwa. Pozostawił po sobie znaczną liczbę prac w polskim i francuskim języku. Kilka z jego prac francuskich odznaczono medalami przez Akademię paryską. Dzieło Raciborskiego „O perkusji i auskultacji“, wydane w Paryżu w r. 1835, było przetłumaczone na kilka języków. R. pierwszy zauważył i opisał t. zw. oddech przerywany (*respiration saccadée*). (Patrz Słownik Kościńskiego str. 407).

— W Petersburgu powstało nowe ministerium ochrony zdrowia publicznego; kierownikiem mianowano prof. Reina.

— Pewien kupiec w Kolonii został skazany na 180 tys. marek kary i 90 tys. marek odszkodowania za to, że wysyłał do Szwajcaryi różne środki lekarskie, jako próbki bezwartościowe.

TREŚĆ NUMERU.

Str.	Str.
Z. Sławiński. Uproszczony sposób operacji doszczętniej przepukliny pachwinowej	277
Zdzisław Tomaszewski. Badania nad zachowaniem się przytarczyc w przypadkach powstawania złożeń wapiennych w ustroju ludzkim (ciąg dał).	281
Przegląd bibliograficzny. Adam Bochenek. Anatomia człowieka. Oceniał Edward Loth	285
Warszawskie Stowarzyszenie Lekarzy. S. Cetnarowicz. Znaczenie i technika badania oczu w szkołach elementarnych. Str.	286
Józef Jaworski. Podstawy organizacji sanitarnej w różnych państwach i Krajowa Rada Zdrowia	286
Wiadomości bieżące.	291

Redaktorowie: Dr A. Puławski i Dr W. Starkiewicz. Wydawca: Dr W. Szumlański.

Adres Redakcji: Żórawia 22. — Adres Administracji: Mārszałkowska 73.

Administracja otwarta w dni powszednie od 10¹/₂ do 12-ej.

Wszelkie artykuły są płatne. Autorzy otrzymują bezpłatnie 25 odbitek.

Autorzy i sprawozdawcy proszeni są o nadsyłanie rękopisów czytelnych, pisanych bądź ręcznie, bądź na maszynie po jednej stronie papieru i z pozostawieniem marginesu.

WARUNKI PRENUMERATY „GAZETY LEKARSKIEJ“, I „ODCZYTÓW KLINICZNYCH“

Gazeta Lekarska w Warszawie rocznie rub. 7, półrocznie rub. 3.50; na prowincyi, w Cesarstwie i za granicą: rocznie rub. 8, półrocznie rub. 4, kwartalnie rub. 2. Cena numeru pojedynczego kop. 20.

Odczyty Kliniczne rocznie (12 zeszytów) rub. 4. Zeszyt pojedynczy kop. 40.

CENA OGŁOSZEŃ w Gazecie za wiersz jednoszpaltowy, drobnem pismem na stronie pierwszej i ostatniej kop. 25, na stronach wewnętrznych okładki kop. 20.

Ogłoszenia przyjmują: Administracja Gazety Lekarskiej, Biuro Ungra, Wierzbowa 8. Dom Handlowy L. i E. Metzl i S-ka, Marszałkowska 130. Rudolf Mosse — Marszałkowska 124.

Odbito czcionkami Drukarni W. Krawczyński, E. Egert i J. Więclawski. Żelazna 89. Tel. 188-70.

Wydawnictwo „Gazety Lekarskiej“.

Odczyty Kliniczne

Serya XXI.

- № 1. **A. Sokołowski.** O rozpoznawaniu złośliwych nowotworów płuc i opłucnej.
 № 2, 3, 4. **B. Dębiński.** Znaczenie odmy piersiowej sztucznej w leczeniu gruźlicy płucnej.
 № 5, 6. **L. Karwacki.** O leczeniu przyczynowem duru brzuszego.

Jako następny odczyt wyjdzie wkrótce:

- № 7, 8, 9. **Doc. J. Pruszyński.** Anafilaksja. I. Określenie anafilaksyi. Anafilaksja doświadczalna. II. Zjawiska kliniczne anafilaksyi. Teorya anafilaksyi.

Cena zeszytu pojedynczego kop. 40.

Cena seryi składającej się z 12 zeszytów rub. 4.

Nabywać można w Administracji Gazety Lekarskiej i we wszystkich księgarniach.

Skład główny w księgarni GEBETHNERA I WOLFFA.

Wydawnictwo „Gazety Lekarskiej“.

W y k ł a d y o chorobach zakaźnych ostrych

przez d-ra **Władysława Biegańskiego.**

TOM PIERWSZY.

Tyfus brzuszny. Tyfus wysypkowy. Gorączka powrotna. Ospa. Szkarlatyna. Odra. Zakażenie septyczne. Róża. Reumatyzm stawów ostry i zakażenie rzeżączkowe. Błonica. Krztusiec.

TOM DRUGI.

Grypa. Zapalenie płuc włóknikowe. Gruźlica. Dyzenteryja. Cholera. Zapalenie opon mózgoworzeniowych nagminne. Tęzec. Zimnica. Zakażenie wąglikowe. Nosacizna. Wścieklizna.

Cena dwóch tomów rb. 8.50; z przesyłką 9.50.

Dla prenumeratorów Gazety Lekarskiej, nabywających dzieło bezpośrednio w Administracji, cena dwóch tomów rub. 5, z przesyłką rub 6.

Do nabycia we wszystkich księgarniach.

Skład główny w Administracji Gazety Lekarskiej. Marszałkowska № 73.

SILV-OZON „MOTOR“

w płynie i w proszku
do przygotowania kąpieli balsamicznych
poleca własnego wyrobu

Warsz. Tow. Akc. „MOTOR“

Marszałkowska 23.

SALMET „MOTOR“

(Bałsam Methyl Salicylici comp.).

Używa się w artrytyzmie, reumatyzmie
i nerwobólach

poleca własnego wyrobu

Warszawskie Tow. Akcyjne

„MOTOR“.

APTEKA K. WENDY

KARBOFORMAL

(Cegielki żarowe).

Tani, wygodny, bezpieczny i pewny środek do dezynfekcji mieszkań i rzeczy. Nie wymaga żadnych lamp i przyrządów, nie niszczy rzeczy i mebli.

Nowe leki do użycia wchodzące na składzie.

Krakowskie Przedmieście 45

Telef. № 107.

w Warszawie

W Aptekach i Składach Aptecznych!!

PRACOWNIA STERYLIZACYJNA D - r a B O R Z Y M O W S K I E G O

wprowadziła następujące NOWOŚCI:

- 1) Gazę hygrosk., jodoform, wioformową, kseroform. w postaci pasków: 5, 8, 10 i 12 ctm. szer. i 5 m. dług.
- 2) Kompresy przeciwzapalne, nasyczone płynem Burowa. z ceratką: 10, 20 i 30 ctm. kw.
- 3) Tampony z lintaneli (waty prasowanej).
- 4) Laminaryę sterylizowaną w zatopionych ampulkach po 4, 6, 8, 10 i 12 mm. średnicy.
- 5) Gazę jodoformową Dührsena (do tamponowania).
- 6) Płyn do znieczulenia miejscowego № 1 (0,3 nowokainy na 50 soli), № 2 (0,5 nowokainy na 50).
- 7) 2% nowokaina z adrenaliną do rwania zębów w ampulkach po 1.0.
- 8) Samomydlące poduszeczki do mycia pola operacyjnego, położeń i do kąpieli po 10 szt.
- 9) Ciepłomierze maksymalne skontrolowane i odkażające się po użyciu automatycznie za pomocą umieszczonej w pochewce formaliny.

Wata, Gaze hygrosk., jodoform, wioform., kseroform, Ligatury, katgut, Bandaże.

Tampony ginekolog., uszne, nosowe, oczne, operacyjne, chirurg. i ginekolog. Wyprawkę pológ. Fizyolog. roztwór soli.

Składy Główne: SPIESS CENTRALNY i Zarząd Pracowni (Chmielna № 62, Telet. 106-85).

INIEKCYJE STRYCHNINOWE:

„Triplex I, II, III“ Gessner — pudełko 36 ampulek.

(Strichnin. nitr. Natr. kokodylic. Natr. glycerinofosfor.)

Strichnin. kakodylic. 0,0005 c. Natr. glycerinofosf. 0,10

Strichnin. nitr. 0,001 c. Natr. kakodylic. 0,05—0,075—0,10

Strichnin. nitr. 0,001 c. Lecithin-ovo 0,05 — 0,10—0,20.

Strichnin. nitr. 0,001 Ferr. citr. oxyd. 0,02—0,04 c. Phenol.

i wiele innych.

POLECA

A P T E K A

E. GESSNERA

w WARSZAWIE

JEROZOLIMSKA 25.

Drukarnia W. Krawczyński, E. Egert, J. Więclawski, Żelazna 89. Telefon 188-70.

Za pozwoleniem Cenzury Niemieckiej.