



Nº 43-44.

Warszawa, d. 1 Listopada 1919. Rok LIV.

AZETA LEKARSKA

· PISMO · TYGODNIOWE ·

POŚWIĘCONE · WSZYSTKIM · GAŁĘZIOM · WMIĘJ ·
TNOŚCI · LEKARSKICH ·

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

Adres Redakcyi i Administracyi — Marszałkowska 73.
Telefon 26-79.

Ogólnego zbioru № 2810.

ZAPARCIE NAWYKOWE

CIERPIENIA WĄTROBY — ZWIOTCZENIE PRZEWODU POKARMOWEGO.

CASCARINE

$C^{12} H^{10} O^5$

ŚRODEK



LEPRINCE

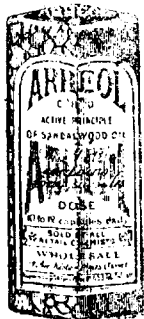
$C^{12} H^{10} O^5$

PRZECZYSZCZAJĄCY

LECZĄCY RACYONALNIE PRZYCZYNY ZAPARCIA.

LABORATORYUM Dr M. LEPRINCE'A, 62, Rue de la TOUR w PARYŻU.

Sprzedaż w Polsce w aptekach i składach aptecznych.



ARHÉOL

$C^{15} H^{26} O$

JEDYNY CZYNNY PIERWIASTEK WYCIĄGU SANTALOWEGO
RZEŻĄCZKA, KATAR PĘCHERZA MOCZOWEGO

10 — 12 KAPSULEK DZIENNIE.

NIE WYWOŁUJE BÓLÓW NERKOWYCH.

LABORATOIRES: P. ASTIER 45. Rue du Docteur Blanche — PARIS.

Próby i literaturę dostarcza filia Astier, Warszawa, Złota 27.

Vichy artific. Compr.-Spiess.

Musujące tabletki sztucznej soli Vichy. Na szklanę wody zimnej 1 — 2 tabletki.
Flakon zawiera 100 tabletek.

Pilosan-Spiess

Płyn wzmacniający włosy.

Codzienne natrzepywanie wzmacnia włosy, chroni je od wypadania i niszczy łupież.
Pojemność flakonu 100 g.

Piperazinum effervescens Spiess

Glycérophosphate granulé Spiess

Glycérophosphate de fer granulé Spiess

Glycérophosphate de magnesium granulé Spiess

Glycérophosphate-Lecithine granulé Spiess.

Forêtol Spiess.

(Sal aromaticum pro balneo in capsulis).

Sól aromatyczna z wyciągiem igieł sosnowych, przeznaczona do kąpeli i wydzielająca w wodzie, ciepłej zapach igliwia i ozon, posiadająca wpływ dodatni na serce, system nerwowy i drogi oddechowe, stosowana jako środek przeciwrzeumatyczny i odkażający.

Sposób użycia: przed wejściem do kąpeli wrzuca się kapsułkę do wody ciepłej. Jedna kapsułka wystarcza na jedną kąpiel.

Pudełko $\frac{1}{1}$ zawiera 6 kapsulek, pudełko $\frac{1}{2}$ — 3 kapsułki.

Fructalein Spiess

(Pastilli laxantes).

Owocowy środek czyszczący, posiadający formę miękkich pastylek, zawierający jako czynnik działający fenoltaleinę i agar-agar, działający pewnie, bez objawów ubocznych.

Dawka 1—2 sztuki w razie potrzeby.

Pudełko zawiera 20 pastylek.

Hydrogenum hyperoxydat. stabilisatum Spiess.

30/o-owy utrwalony nadtlenek wodoru, nie podlegający samolstnemu rozkładowi.

Flakon zawiera około 100 gr.

Liquor Ferri albuminati Spiess.

Idelnie przygotowany preparat.

Stosuje się po $\frac{1}{2}$ —1 łyżeczce od kawy 3 razy dziennie z wodą lub mlekiem przed jedzeniem.

Flakon $\frac{1}{1}$ zawiera około 400 g., flakon $\frac{1}{2}$ zawiera około 200 g.

Purgenal Spiess

Tabulettae Phenolphthaleini à 0,1 g.

Stosuje się po 1 do 3 tabletek jako środek czyszczący.

Pudełko zawiera 25 tabletek.

Salosant Spiess

(Capsulae Santalo-saloli).

Wewnętrzny środek przeciw rzeżączce.

Dawka: 3—4 razy dziennie po 3 kapsułki.

Zawartość pudełka — 60 kapsulek.

SANATORYUM i PENSYONAT „STEFANJA” w MERANIE.

Zakład przyjmuje choroby wewnętrzne i nerwowe z wyjątkiem gruźlicy, jakoteż osoby, dla lepszego odżywienia i wypoczynku przyjeżdżające. Kuchnia wytworna i obfita jak przed wojną. Wszelkie środki fizyko-lecznicze.

Na wjazd potrzebna włoska wiza paszportu.

Dr. BINDER.

Warsz. Tow. Akc. „MOTOR” niniejszem zawiadamia W W. P P. Doktorów, iż

„MOTOFER”

Jest zmienioną nazwą dla wyrabianego przez nas od wielu lat, a cieszącego się wielkim uznaniem pp. lekarzy i publiczności preparatu pod nazwą:

Tinctura Ferri comp. modo Athenstaedti „Motor”.

Zmieniliśmy nazwę dla odróżnienia od pojawiających się na rynku konkurencyjnych preparatów.

Wyrabiamy: MOTOFER i MOTOFER c. ARSENO.

Nazwa przedstawiona do zatwierdzenia.

WYDAWNICTWO GAZETY LEKARSKIEJ.

Zimnica i komary malaryczne u nas

napisał

T A D E U S Z K O R Z O N .

Lekarz szpitala Dzieciątka Jezus.

Z 4 TABLICAMI RYSUNKÓW.

Cena m. 2.25.

Do nabycia w Administracji Gazety Lekarskiej i we wszystkich księgarniach.

Skład główny w Księgarni Gebethnera i Wolffa.

Dla osób wrażliwych przy zastrzykiwaniu na
ukłócia i z tego powodu nie mogących przejść
kuracyi iniekcjami „Triplex I, II, III Gessner”
proponuje te środki stosować

do wewnętrznego użycia pod postacią

Dragées TRIPLEX Gessner

(ARSEN—FOSFOR—STRYCHNINA).

Pudełko zawiera 108 sztuk drażetek odpowiadających zawartością środków działających całemu cyklowi kuracyi Inj. Triplex I, II, III Gessner”.

Dla dogodniejszego dawkowania każda pigułka zawiera połowę działających substancji, jakie znajdują się w ampulce „Inj. Triplex I”

POLECA

Apteka Mag. Farm. JANA GESSNERA

dawniej E. GESSNER

w WARSZAWIE

ALEJE JEROZOLIMSKIE 25

UWAGA. Literatura na żądanie — gratis i franco.



OVO-LÉCITHINE BILLON

Niezawodny środek
wzmacniający przeciw:

Neurastenji
Niedokrewności

Przepracowaniu i wyczerpaniu po chorobach

Ovo-Lécithine Billon

NABYWAĆ MOŻNA WE WSZYSTKICH APTEKACH

Literaturę i próby przesyła franco na żądanie

LES ÉTABLISSEMENTS POULENC FRÈRES
FABRIQUE DE PRODUITS CHIMIQUES · PARIS ·

Cena Pigulki Rb. 1.75, Ziarnka Rb. 1.75, 12 Ampulek Rb. 1.75

Sanatorium dra TURBANA w Davos

Lekarz kierujący: Dr H. Vogel-Eysern,

Lekarz konsultant: Dr K. Turban.

Leczenie nieżytów kiszkowych i innych
zaburzeń żołądkowo-kiszkowych.

LACTOBACILLINE

Tabletki komprimowane z doborowych fermentów mlecznych.

DAWKI. — 3 do 9 tabletek na dzień.

Zwiększenie dawki jest nieszkodliwe.

Próby i literatura:

LACTOBACILLINE, 13, rue Pavée. PARIS.



WIZYTA LECZARSKA

· PISMO · TYGODNIOWE ·

POŚWIĘCONE · WSZYSTKIM · GAŁĘZIOM · WMIĘJ ·
TNOŚCI · LEKARSKICH ·

Warszawa, d. 1 listopada 1919 r.

Ogólnego zbioru № 2810

Z ODDZIAŁU CHIRURGICZNO-GINEKOLOGICZNEGO DRA CZ. STANKIEWICZA W SZP. ŚW. DUCHA W WARSZAWIE.

W sprawie leczenia operacyjnego niepowikłanego wypadnięcia odbytnicy u kobiet.

Rzecz, odczytana na posiedzeniu sekcji ginekologicznej W. T. L., w dniu 1-go maja 1919 r.

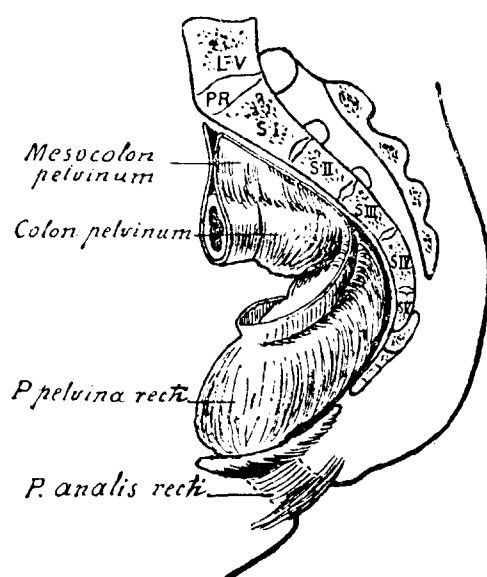
Podał

Władysław Kowalewski.

Przebieg, podział i umocowanie odbytnicy. Odcinek okrężnicy od linii bezmiennej miednicy do III-go kręgu krzyżowego, według Waldeyera, nazywa się okrężnicą miedniczą (*colon pelvinum*); poniżej mamy odbytnicę (*rectum*), w której Waldeyer rozróżnia dwie części, ściśle odgraniczone pod względem anatomicznym i fizyologicznym. Górna część odbytnicy—miednicza (*pars pelvina recti*) długości 10 — 12 cm zaczyna się na wysokości III-go kręgu krzyżowego, gdzie okrężnica traci krezkę i kończy się w tym miejscu, gdzie odbytnica przechodzi przez dno miednicy (dźwigacze odbytu); środkowa i dolna część odcinka miedniczego, znacznie rozszerzona, tworzy t. zw. bańkę odbytnicy (*ampulla recti*), która często bywa wypełniona kałem. Dolna część odbytnicy—kroczoowa, czyli odbytowa (*p. recti perinealis s. analis*), długości $\pm 2\frac{1}{2}$ cm, leży poniżej dna (dźwig. odbytu) i przedstawia kanał, przez który wydalą się kał. Odbytnica tworzy zgięcia tak w płaszczyźnie strzałkowej, jak i czołowej. W górnym odcinku odpowiednio do wklęsłości kości krzyżowej mamy zgięcie krzyżowe z nieznaczną wklęsłością ku przodowi, w dolnym—zgięcie kroczoowe z nieznaczną wklęsłością ku tyłowi. Początkowo odbytnica idzie

od góry i od tyłu ku dołowi i przodowi; zaczynając zaś od dna (*levator ani*) — w kierunku od przodu i od góry ku dołowi i tyłowi. W ten sposób na granicy dwu wspomnianych odcinków odbytnicy normalnie istnieje kąt, zwrócony wierzchołkiem ku przodowi; kąt ten najwyraźniej bywa zaznaczony przy napełnieniu bańki masami kałowymi; dzięki kątowi temu górny odcinek odbytnicy nie wywiera ucisku bezpośredniego na dolny. Zgięcia w płaszczyźnie czołowej są znaczne, lecz nie są stałe. Odbytnica miednicza zawieszona jest na otrzewnej i własnej otoczce (*fascia recti propria*) zw. powięzią; od dołu podtrzymuje ją dno miednicze. Podczas gdy okrężnica miednicza otoczona jest otrzewną ze wszech stron i posiada własną krezkę, odbytnica traci stopniowo pokrycie otrzewne: początkowo tylko z tyłu, następnie i z boków, wreszcie i z przodu. Następuje to w odległości $\pm 7\frac{1}{2}$ cm od odbytu. Część odbytnicy miedniczej, pozbawiona otrzewnej, pokryta jest wspomnianą powięzią; powięź ta jest dalszym ciągiem warstwy podsurowiczej i dochodzi do dna, gdzie zrasta się z powięzią, pokrywającą górną jego powierzchnię. Od bocznych części odbytnicy odchodzą na prawo i na lewo wyrostki, które, towarzysząc gałązkom wewnętrznym tętnicy

podbrzusnej, łączą się z powięzią miedniczą; oprócz tego część włókien w więzadłach krzyżowomacicznym łączy boczne części odbytnicy z macicą. Z tyłu łączy się powięź odbytnicy ze ścianą miednicy zapomocą wiotkiej tkanki łącznej, zawierającej normalnie sporą ilość tłuszczu; tłuszcz wypełnia też wszystkie przestrzenie między odbytnicą a narządami sąsiednimi. Otrzewna i powięź odbytnicza ze swymi wyrostkami stanowią t. zw. aparat więzadłowy odbytnicy, który jest umocowaniem dosyć luźnem i pozwala na ruchy w dosyć szerokim zakresie. Przeciwdziała do pewnego stopnia tej nadmiernej ruchliwości odbytnicy jej własna muskulatura, która kurczy się podczas podniesienia się ciśnienia w jamie brzusznej, przez co kiszka staje się sztywna. Z dołu podtrzymuje odbytnicę miedniczą dno miednicze, które się składa z mięśni (dźwigaczy, zwieraczy odbytu, poprzecznych i t. d.) i powięzi. Jak widać na załączonym rysunku, od-



Boczna strona odbytnicy; baranka wypełniona kałem (wg Coininga z terminologią Waldeyer'a).

grywa tu rolę tylna część dna, leżąca za odbytem. Tworzy ona płaszczyznę nieco wklęsłą od góry. Najgłębsze miejsce tej płaszczyzny leży poniżej górnego brzegu zwieracza wewnętrznego; dopiero podczas oddawania stolca brzeg ten staje się najgłębszym punktem dna. Umocowanie części kroczonej odbytnicy stanowi jej ścisły zrost z dnem miednicy i ze skórą.

Przyczyny mechaniczne, wywołujące wypadnięcie odbytnicy. Dwie są przyczyny mechaniczne: osłabienie więzadeł górnych i zwiotczenie dna. Poglądy autorów co do

tego, który z tych momentów jest pierwotny, są rozbieżne. Mianowicie Jeannel wypowiedział pogląd, że w wypadnięciu odbytnicy nasamprzód ulega rozluźnieniu przyrząd więzadłowy; niedostatecznie zaś umocowana kiszka uciska na dno i powoduje jego zwiotczenie; powstaje rozszerzenie odbytu i ostatecznie—wypadnięcie. Za słusnością tego poglądu przemawia, zdaniem Verneuil'a, ten fakt, że po uszkodzeniu dna (względnie zwieraczy) podczas operacji przetoki odbytnicy, nie bywa wypadnięcia. Przeciwnie Ludloff po wycięciu u psa więzadeł kiszek otrzymał wypadnięcie, które szybko się wciągnęło; ma to przemawiać na korzyść dominującej roli dna.

Najbardziej wybitnym wyrazicielem poglądu, że wypadnięcie odbytnicy zależy przede wszystkim od zwiotczenia dna, jest Hofmann. Podkreśla on następujące fakty, towarzyszące wypadnięciu odbytnicy: tylna (leżąca za odbytem) część dna ulega skróceniu, kąt zaś między częścią miedniczą a kroczonej odbytnicy—wygładzeniu; w rezultacie odbytnica wyprostowuje się i przyjmuje kierunek prostopadły. Za słusnością poglądu Hofmanna na rolę dna w powstawaniu wypadnięcia odbytnicy ma przemawiać ten fakt, że często obserwowane u małych dzieci wypadnięcie odbytnicy z biegiem czasu samoistnie ustępuje. Uzależnia to Hofmann od zmian w kształcie i położeniu kości ogonowej, która, mając u noworodków kierunek prawie prostopadły, z biegiem czasu przybiera kierunek bardziej skośny i otrzymuje lekką wklęsłość od góry; wytworzona zaś w ten sposób powierzchnia kostna wzmacnia dno. Na korzyść poglądu Hofmanna przemawia też poprawa, która zauważyć się daje w wielu przypadkach wskutek mięsienia dna sposobem Thure Brandta. Dalej Hofmann twierdzi, że w podtrzymywaniu odbytnicy bierze udział wyłącznie tylna (leżąca za odbytem) część dna, przednia zaś jego część, czyli krocze właściwe (okolica między obwodem tylnym zewnętrznych części rodnych a odbytem), nie ma na to żadnego wpływu; w przeciwnym razie, twierdzi Hofmann, po każdym większym rozdarciu krocza musiałoby następować wypadnięcie odbytnicy. Na to twierdzenie można odpowiedzieć, że, jakkolwiek rozdarcie krocza samo przez się nie wywołuje wypadnięcia odbytnicy, w każdym razie stanowi moment, który może sprzyjać wypadnięciu. Postaram się to wyjaśnić. Pochwa i odbytnica znajdują się w bliskim sąsiedztwie zwłaszcza w górnej części przegrody odbytnicopochwowej; wobec tego

zmiany w położeniu pochwy wpływają na położenie odbytnicy i naodwrot. Rozpatrzmy wpływ położenia pochwy na odbytnicę. Gdy krocze staje się niedostateczne wskutek rozdarcia albo zwiotczenia, wypada najczęściej tylna ściana pochwy, za którą kroczy nieodstępnie przednia ściana odbytnicy, tworząc w przypadkach daleko posuniętych uchylek (*colpoproctocele*); umocowania górne i boczne ulegają rozciągnięciu i zwiotczeniu, wiotczeją ściany odbytnicy; wszystko to stanowi moment, sprzyjający wypadnięciu. Stąd wniosek, że w celu leczenia wypadnięcia odbytnicy stworzenie mocnego wysokiego krocza i wąskiej pochwy jest kategorycznie wskazane. Za dobrą ilustrację omawianej sprawy może służyć doświadczenie, które przeprowadziłem w jednym swoim przypadku (IV-ym, patrz niżej) wypadnięcia odbytnicy i części płciowych jednocześnie. Jeżeli po odprowadzeniu wypadniętych części płciowych i odbytnicy chora wydymała się, nasamprzód wypadały części płciowe, a następnie odbytnica. Jeżeli zaś po odprowadzeniu wszystkich wypadniętych części zbliżone wargi sromne mocno były trzymane i w ten sposób utworzono warunki, podobne do tych, jakie bywają przy mocnem wysokiem kroczu i wąskiej pochwie, odbytnica, pomimo wydymania się chorej, nie wypadała. Do autorów, którzy uważają, że dokonywanie plastyki krocza w omawianej chorobie jest potrzebne, należą, między innymi, Ott i Lenormant, który twierdzi, że plastyka krocza, wydłużając je, nadaje kroczonej części odbytnicy naturalny skośny kierunek ku dołowi i tyłowi, inaczej mówiąc, przywraca kąt między częścią miedniczą a kroczonej, a to przeciwdziała wypadnięciu.

Oprócz zwiotczenia więzadeł i dna przyczynić się może do wypadnięcia odbytnicy niskie położenie jamy Douglasa, na co zwrócili uwagę, między innymi, Ludloff i Waldeyer. Jak wiadomo, ciśnienie wewnątrzbrzuszne działa w kierunku z przodu i z góry ku dołowi i tyłowi. Temu ciśnieniu w jamie D. przeciwstawia się przede wszystkim tylna jej ściana, składająca się z pokrytej otrzewną przedniej ściany odbytnicy i fałdu otrzewnej, tworzącego dno tej jamy (patrz wyżej o kurczeniu się odbytnicy wraz z podniesieniem ciśnienia w jamie brzusznej). Oprócz odbytnicy i otrzewnej przeciwstawiają się ciśnieniu wewnątrzbrzuszemu okoliczne masy tłuszczowe, a głównie dolna część kości krzyżowej wraz z kością ogonową. Jeżeli fałd jamy otrzewnej w dnie jamy D. stoi zbyt nisko, to może dosięgnąć tej części kiszki, która nie jest pod-

trzymywana przez kość, a wtedy może wpuklać się przednia ściana odbytnicy do światła bańki i przez kanał części kroczonej wydobywać się na zewnątrz. W danym razie początkowo mamy wypadnięcie tylko górnego odcinka odbytnicy, jest to *prolapsus recti* (w znaczeniu ścisłym). Z biegiem czasu, gdy fałd przejściowy pomiędzy wypadniętą a niewypadniętą częścią odbytnicy, stopniowo przesuwając się ku dołowi, zbliży się do granicy między śluzówką odbytnicy a skórą, wypadnięciu ulegnie cała odbytnica. Powstaje wtedy najczęściej spotykana postać wypadnięcia *prolapsus ani et recti* (w znaczeniu ścisłym), i sprawa niczem się nie różni od wypadnięcia, powstałego w sposób zwykły, t. j. z dołu, kiedy nasamprzód wypada śluzówka w okolicy odbytu, a za nią pozostałe części odbytnicy.

Trzy grupy zabiegów chirurgicznych.

Odpowiednio do 3 wymienionych przyczyn mechanicznych odróżniamy trzy grupy zabiegów chirurgicznych: 1) zabiegi, mające na względzie niedostateczność więzadeł, 2) zabiegi, wzmacniające dno, i 3) zabiegi, niszczące jamę Douglasa.

I. Operacje skierowane przeciwko niedostateczności więzadeł.

Operacja dla zastąpienia zwiotczonych umocowań odbytnicy przez przyszycie okrężnicy do ściany brzusznej—*colopexis*—zaproponowana przez Allinghama w r. 1888, wykonana została przez Jeannel'a w r. 1889 w sposób następujący:

Cięcie w lewym podbrzuszu, równoległe do więzu pachwinowego; wciągnięcie okrężnicy do zupełnego zreponowania cz. wypadłej i przyszycie do ściany brzusznej 3-ma szwami jedwabnymi, przeprowadzonymi przez brzeg kreskowy kiszki (mięśniówkę), kreskę, więz pachwinowy i dolny brzeg rany. W kilka dni później wykonał Jeannel odbyt sztuczny, ażeby pozostawić odbytnicę w spokoju i wyleczyć ją z kataru, któremu autor przypisywał wypadnięcie; otwór sztuczny zaszyto po wyleczeniu kataru odbytnicy. W późniejszych operacjach odbytu sztucznego nie wytwarzał.

Z chirurgów polskich 1-szy wykonał kolopeksję w r. 1894 Bogdanik, nie wiedząc o operacji Jeannel'a i z tej racji przypisywał sobie autorstwo tego zabiegu. Po otwarciu jamy brzusznej w lewym dole biodrowym przyszył kiszkę do brzegów cięcia otrzewnej tak, iż odcinek powierzchni kiszki zamknął wejście do jamy brzusznej. Chcąc wytworzyć zrost

mocniejszy, zeszkobał B. igiełką otrzewną scianę i surowicówkę kiszki. Potem zeszył osobno otrzewną, mięśnie i powięź.

Na naszym oddziale kolopeksya wykonywana jest w sposób następujący. Cięcie skośne boczne w lewym podbrzuszu i śródbrzuszu, długości $\pm 12-16$ cm., przeprowadza się tak, iż dolny jego koniec znajduje się na 2 cm. powyżej środka więzu pachwinowego; środek cięcia nieco na zewnątrz od środka linii, łączącej pępek z kolcem przednim górnym lewym. Wciągnięcie okrężnicy miedniczej do rany brzusznej ad maximum, ażęty od strony odbytu wytworzyło się zagłębienie lejkowate, i przyszyć do przedniej ściany brzusznej w sposób dwojaki: albo 1) do powięzi (przyp. 1 i 4) albo 2) do mięśni brzusznych (przyp. 2, 3, 5).

Ad 1) przyszyć odbytnicy miedniczej do brzegów cięcia otrzewnej ± 10 -ma szwami materacowymi z cienkiego jedwabiu (po 5 z każdej strony), przeprowadzonymi wzdłuż brzegów taśmy (*taenia*) naprzemian na przestrzeni 8—10 cm z dodaniem w razie potrzeby szwów węzełkowych z cienkiego katgut; u góry i u dołu przeprowadza się po jednym szwie z cienkiego jedwabiu dla zespolenia brzegów otrzewnej z kiszką; powyżej i poniżej tych szwów otrzewną i mięśnie zeszywa się katgutem. Wszyta do ściany brzusznej powierzchnia surowicza kiszki ma kształt owalu 8—10 cm. długości i 2—3 cm. szerokości. Kilkoma szwami jedwabnymi, przeprowadzonymi przez taśmę, zeszywa się brzegi powięzi; jakoteż kilkoma szwami katgutowymi samą tylko powięź. Skórę zeszywa się jedwabiem (*silk*) i łączy klamkami Michela.

Ad 2) szwami materacowymi, przeprowadzonymi przez brzegi taśmy (patrz wyżej), przyszywa się kiszkę do mięśni brzusznych z pominięciem otrzewnej. Po zeszyciu u góry i u dołu otrzewnej i mięśni zeszywa się mięśnie nad umocowaną częścią kiszki szwami katgutowymi, przeprowadzonymi przez taśmę.

Jak widać z tego opisu, technika kolopeksyi, stosowana na naszym oddziale, ma na względzie wytworzenie mocnego, rozległego zrostu surowiczowłóknistego okrężnicy ze ścianą brzuszną, przyczem miejsce przyszycia znajduje się wyżej, aniżeli w innych sposobach. Po operacyi przez 8 dni stosujemy opium i płynną dyetę i przez 3 tygodnie trzymamy chorą w łóżku.

Do sposobów, które służą do zastąpienia zwiótczałych więzadeł odbytnicy, należy też rektopeksya, czyli przymocowanie odbytnicy, wprowadzona przez Verneuil'a w r. 1889. Ze sposobów rektopeksyi najbardziej udoskonalono-

ny jest sposób Gérard Manchant'a (1891), połączony ze sfaldowaniem odbytnicy (*rectoplication*).

II. Operacje skierowane przeciwko niedostateczności dna.

Przechodzimy do operacyi wzmacniających dno. Dawniej najbardziej rozpowszechniony był sposób Thierscha — założenie podskórne drutu w okolicy odbytu w celu jego zwężenia; stosuje się obecnie tylko u dzieci i osób b. słabych. Obecnie cieszy się największem powodzeniem sposób Rehn—Delorme'a. Technika: po naciągnięciu z pomocą kleszczyków wypadniętej części odbytnicy przeprowadza się cięcie okrężne na granicy skóry i śluzówki; zdejmuję się śluzówkę w postaci cylindra aż do wierzchołka wypadnięcia i zeszywa się ranę 5—6 szwami, które się wkłuwają w granicach skóry, kilkakrotnie wkłuwają się i wykluwają w mięśniówce aż do ostatecznego wyklucia w śluzówce. Po zawiązaniu wytwarza się gruby wał, który początkowo sterczy na zewnątrz, lecz stopniowo się wciąga.

W r. 1905 Hofmann dla wzmocnienia tylnej części dna, której wyłącznie przypisywał rolę w podtrzymywaniu odbytnicy, zaproponował operację, przypominającą plastykę krocza, wykonywaną sposobem Lawson — Tait'a.

Na oddziale naszym z zabiegów, wzmacniających dno miednicze, stosowana była plastyka krocza i pochwy z wytworzeniem wąskiej pochwy, ściśle obejmującej palec, i mocnego, wysokiego krocza, którego spoidło leży na 2 cm. poniżej otworu cewki.

III. Operacje, mające na celu zniszczenie jamy Douglasa.

O operacyach tych wspomnę krótko. Bardenheuer otwiera jamę brzuszną cięciem pośredkiem i zeszywa przednią ścianę jamy D. z tylną szwem piętrowym; poza tem wykonywa wentrofiksyację i kolopeksję. Wencel różni się tem, że zdejmuję z jamy D. otrzewną. Zaznaczyć trzeba, że niema metody idealnej. Operacje, niszczące jamę D., zwłaszcza połączone ze zdjęciem otrzewnej są dosyć niebezpieczne ze względu na możliwość krwotoku, uszkodzenia moczowodu i t. d. i z tej racji szerszego zastosowania nie znajdują. Pozostają: kolopeksya, rektopeksya i plastyka dna. Ze sposobów ostatniej kategorii o sposobie Thierscha wspomniałem wyżej. Plastyka tylnej części dna sposobem Hofmanna jest zabiegiem względnie łatwym i daje podobno dobre wyniki, lecz stosowana była w nielicznych przypadkach, wobec tego sądu ostatecznego wydać o tym zabiegu nie można.

Ministerstwo Zdrowia Publicznego ogłasza niniejszem

KONKURS

na posadę: dyrektora, prymariusza, jednego względnie dwóch ordynaryuszów i jednego wzgl. dwóch sekundaryuszów Kraj. Zakładu dla umysłowo i nerwowo chorych w Kobierzynie.

Do posady dyrektora przywiązane są następujące pobory służbowe:

- 1) płaca roczna 6.400 kor.
- 2) prawo do 3 dodatków czteroletnich każdy po 800 kor. rocznie,
- 3) dodatek funkcyjny 1000 kor. rocznie,
- 4) mieszkanie w naturze wraz z unormowanym deputatem oświetlenia i opału.

Do posady prymariusza przywiązane są następujące pobory służbowe:

- 1) płaca roczna 4.000 kor.,
- 2) prawo do trzech dodatków pięcioletnich każdy po 600 kor. rocznie,
- 3) dodatek funkcyjny 1000 kor. rocznie,
- 4) mieszkanie w naturze wraz z unormowanym deputatem oświetlenia i opału.

Do posady ordynaryusza przywiązane są następujące pobory służbowe:

- 1) płaca roczna 2.600 kor.,
- 2) prawo do trzech dodatków pięcioletnich każdy po 400 kor. rocznie,
- 3) dodatek funkcyjny 1000 kor. rocznie,
- 4) mieszkanie w naturze wraz z unormowanym deputatem oświetlenia i opału.

Do posady sekundaryusza przywiązane są następujące pobory służbowe:

- 1) płaca roczna 1.900 kor.
- 2) prawo do trzech dodatków pięcioletnich każdy po 200 kor. rocznie,
- 3) dodatek funkcyjny 1000 kor. rocznie,
- 4) mieszkanie w naturze wraz z unormowanym deputatem oświetlenia i opału.

Ponadto pobierają wszyscy lekarze Zakładu przez czas trwania nadzwyczajnych stosunków drożynianych, wywołanych wojną, dodatki wojenno-drożniane w wysokości unormowanej każdorazowo dla odpowiednich rang urzędników państwowych w Galicyi. Obecna wysokość tego dodatku wynosi zależnie od stanu rodzinnego:

- a) dla dyrektora od 10.140 do 17.556 kor. rocznie,
- b) dla prymariusza od 9.216 do 15.396 kor. rocznie,
- c) dla ordynaryusza od 6.516 do 12.396 kor. rocznie,
- d) dla sekundaryusza od 6.132 do 12.000 kor. rocznie.

Wszystkie powyższe posady zostaną nadane prowizorycznie na rok jeden, poczem w razie zadawalającej służby nastąpi stabilizacja.

Ubiegający się o jedną z powyższych posad powinni wykazać się:

- 1) nieprzekroczonym 40 rokiem życia,
- 2) obywatelstwem polskim,
- 3) nieposzlakowanym życiem,
- 4) dyplomem lekarskim ważnym w Państwie Polskiem.

Ponadto winni kandydaci na posadę dyrektora wykazać się znajomością ustroju administracji tego rodzaju Zakładów leczniczych.

Uwaga: Wyjątkowo posada może być nadana kandydatowi, który przekroczył 40 lat życia.

Termin konkursu oznacza Ministerstwo na dzień 1 grudnia 1919 r.

Podania należyćie udokumentowane wraz z opisem przebiegu życia i ewent. pracami naukowemi należy wnieść, o ile chodzi o posadę dyrektora, wprost do Ministerstwa Zdrowia Publicznego, Wydział III (Szpitalnictwa). Podania o inne posady należy wnieść za pośrednictwem Dyrekcji Zakładu dla umysłowo i nerwowo chorych w Kobierzynie.

Warszawa, dnia 7 października 1919 r.

Ministerstwo Zdrowia Publicznego ogłasza niniejszem

KONKURS

na posadę dyrektora krajowego szpitala powszechnego we Lwowie.

Z posadą tą połączone są następujące pobory służbowe: 1) płaca roczna 6400 kor., 2) prawo do trzech dodatków czteroletnich każdy po 800 kor. rocznie, 3) mieszkanie w naturze wraz z unormowanym deputatem opału i oświetlenia, w razie zaś niedostarczenia mieszkania w naturze dodatek aktywalny (na czas służby czynnej) 1.840 kor. rocznie, oraz dodatek za opał i światło 606 kor. rocznie.

Przez czas trwania nadzwyczajnych stosunków drożynianych, wywołanych wojną pobiera dyrektor szpitala dodatek wojenno-drożniane w wysokości unormowanej każdorazowo dla państwowych urzędników w Galicyi VI kl. rangi. Obecna wysokość tego dodatku wynosi, zależnie od stanu rodzinnego od 10.140 kor. do 17.556 kor. rocznie.

Posada nadana będzie prowizorycznie na rok jeden, poczem w razie zadawalającej służby nastąpi stabilizacja.

Ubiegający się o powyższą posadę powinni wykazać się:

- 1) nieprzekroczonym 40 rokiem życia,
- 2) obywatelstwem polskim,
- 3) nieposzlakowanym życiem,
- 4) stopniem doktora medycyny ważnem w Państwie Polskiem,
- 5) znajomością ustroju i administracji zakładów leczniczych.

Uwaga: Wyjątkowo posada może być nadana kandydatowi, który przekroczył 40 lat życia.

Termin konkursu Ministerstwo oznacza na dzień 1 grudnia 1919 r. Podania należyćie udokumentowane wraz z opisem przebiegu życia i ew. pracami naukowemi należy wnieść w powyższym terminie do Ministerstwa Zdrowia Publicznego Wydział III (Szpitalnictwa).

Warszawa, dnia 7 października 1919 r.

Ministerstwo Zdrowia Publicznego ogłasza niniejszem

KONKURS

na posadę dyrektora krajowego szpitala św. Łazarza w Krakowie.

Do posady tej przywiązane są następujące pobory służbowe: 1) płaca roczna 6.400 kor., 2) prawo do trzech dodatków czteroletnich każdy po 800 kor. rocznie, 3) dodatek aktywalny (na czas służby czynnej) 1.840 kor. rocznie, 4) dodatek na opał i światło 606 kor. rocznie.

Przez czas trwania nadzwyczajnych stosunków drożynianych, wywołanych wojną pobiera dyrektor szpitala dodatek wojenno-drożniane w wysokości unormowanej każdorazowo dla państwowych urzędników Galicyi VI klasy rangi. Obecna wysokość tego dodatku wynosi zależnie od stanu rodzinnego od 10.140 kor. do 17.556 kor. rocznie.

Posada będzie nadana prowizorycznie na rok jeden, poczem w razie zadawalającej służby nastąpi stabilizacja.

Ubiegający się o powyższą posadę powinni wykazać się: 1) nieprzekroczonym 40 rokiem życia, 2) obywatelstwem polskim, 3) nieposzlakowanym życiem, 4) stopniem doktora medycyny ważnym w Państwie Polskiem, 5) znajomością ustroju i administracji zakładów leczniczych.

Uwaga: Wyjątkowo posada może być nadana kandydatowi, który przekroczył 40 lat życia.

Termin konkursu oznacza Ministerstwo na dzień 1 grudnia 1919 r. Podania należyćie udokumentowane wraz z opisem przebiegu życia i ewent. pracami naukowemi należy wnieść w powyższym terminie do Ministerstwa Zdrowia Publicznego, Wydział III (Szpitalnictwa).

Warszawa, dnia 7 października 1919 r.

KONKURS

na lekarza zakładowego w Ciechocinku.

Posada do objęcia natychmiast. Warunki: Płaca miesięczna 1200 mk. Ryczałt na mieszkanie rocznie 1200 mk.

Zgłoszenia do Wydziału VIII Ministerstwa Zdrowia Publicznego i Opieki Społecznej.

Konkurs.

Wydział Powiatowy Sejmiku Sieradzkiego rozpisuje konkurs na stanowisko dyrektora i jednocześnie naczelnego lekarza Zakładu dla umysłowo-chorych w Warcie.

Wysokość wynagrodzenia zależna jest od umowy. Prócz pensji dyrektor otrzyma mieszkanie z opałem i oświetleniem.

Współubiegający się o to stanowisko proszeni są o składanie ofert pod adresem Wydziału Powiatowego w Sieradzu do dnia 1 grudnia 1919 r. z wyszczególnieniem żadanego wynagrodzenia i dotychczasowej działalności.

Pierwszeństwo będą mieć pp. lekarze, którzy wykazą się dłuższą praktyką i kierownictwem gospodarstwa w zakładach dla umysłowo-chorych.

ZAKŁAD WODOLECZNICZY I SANATORYUM

Dra KUPCZYKA specjalisty chorób nerwowych. Kraków, Szujskiego l. 9. Tel. 1295.



ZIARNISTA

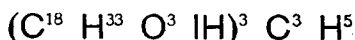
KOLA ASTIER

ROZPUSZCZALNA

REGULUJE SERCE POBUDZA UKŁAD MIĘŚNIOWY
ŚRODEK PRZECIWNEURASTENICZNY

DWIE ŁYŻECZKI OD HERBATY NA DOBĘ.

RIODINE



JOD ORGANICZNY PRZYSWAJALNY

NAWET W DUŻYCH DAWKACH NIE WZBUDZAJĄCY OBAWY POWIKŁAŃ.

STWARDNIENIE TĘTNIC, DNA, GOŚCIEC, OTYŁOŚĆ, CHOROBY SKÓRNE.

2 do 6 PERELEK DZIENNE POD KONIEC JEDZENIA.

SPRZEDAŻ WE WSZYSTKICH APTEKACH.



LABORATOIRES P. ASTIER 45, Rue du Docteur Blanche — PARIS.
PRÓBY I LITERATURĘ DOSTARCZA FILIA ASTIER, WARSZAWA ŻŁOTA 27.

Najbardziej rozpowszechnionym obecnie jest sposób Rehn—Delorme'a, który w większości przypadków daje dobre wyniki nawet po dłuższym przeciągu czasu. Wadą tego sposobu jest dosyć obfite krwawienie, któremu Krauze stara się zapobiegać przez zaciśnięcie zapomocą rury gumowej. Obserwowane były nawet przypadki zakażenia z zejściem śmiertelnym. Lenormant w pracy z r. 1907 zestawia 25 przypadków, operowanych tym sposobem; nie zauważono ani jednego nawrotu; w 14 przypadkach wynik po roku był dobry; 2 przypadki zakończyły się śmiertelnie wskutek zakażenia. Z autorów polskich zwolennikiem tego sposobu jest Krauze, który w swej pracy z r. 1913 przytacza 9 przypadków (mężczyzn i kobiet), przez się operowanych; w dwu tendencja do nawrotu wystąpiła wkrótce po operacji; w jednym nawrót—po roku; w kilku przypadkach nie było nawrotu po kilku miesiącach; co do pozostałych wynik nie jest wiadomy.

Kolopekсыя posiada obszerną statystykę, na zasadzie której możemy powziąć wyobrażenie o trwałości wyników tej metody. Zaznaczę że przyjęto, iż wynik jest trwały, jeżeli przynajmniej po roku niema nawrotu, przyczem nie zwraca się uwagi na nieznaczne wypadnięcie śluzówki. Pachnio w pracy z r. 1905 zestawiał kilkadziesiąt przypadków kolopekсыи, a Lenormant w pracy z r. 1907 do tych przypadków dołączył wiele innych i podał zestawienie, obejmujące 102 przypadki (u kobiet, mężczyzn i dzieci) w tem żadnego śmiertelnego; nawrotów było — 27 (26,4%), wyleczeń—75 (73,6%). Z liczby wyleczonych 23-ch nie widziano więcej, 21 miało w obserwacji mniej, niż rok; pozostaje 31 przypadków, które po roku nie dały nawrotu. Ze względu na wyniki oddalone należy wziąć pod uwagę 58 przypadków, w tem 27 nawrotów i 31 wyleczeń, czyli 53,5% wyleczeń i

46,5% nawrotów. Statystyką Lenormant'a nie jest objęty przypadek Czesława Stankiewicza, dotyczący 27-letniej robotnicy, która cierpiała na wypadnięcie odbytnicy od 8-go roku życia. Dokonano kolopekсыи: cięcie w dole biodrowym z zewnątrzotrzewnem umocowaniem kiszki; nawrotu nie było po 5 latach pomimo ciężkiej pracy fizycznej.

Powiem jeszcze parę słów o rektopekсыи. Jest to zabieg mniej radykalny od kolopekсыи i może być stosowany w wypadnięciach, nie przenoszących kilku centymetrów; nie pociąga za sobą przypadków śmierci. Wynik po roku i dłużej, według statystyki Lenormant'a, odpowiada mniej więcej wynikowi po kolopekсыи

Odmiany metod. Ponieważ poszczególne metody często zawodzą, w wielu przypadkach stosuje się kombinację dwu metod, np.: zniszczenie jamy D. + kolopekсыя; kolopekсыя + plastyka tylnej cz. dna; sposób Rehn — Dolorme'a + plastyka tylnej części dna; plastyka tyln. cz. dna + plastyka krocza.

Na naszym oddziale stosowana była ostatnia kombinacja, która jest tem bardziej godna polecenia, że operacja dodatkowa, plastyka krocza, potrzebna jest sama przez się ze względu na opuszczanie się (wypadanie) cz. płciowych, towarzyszące najczęściej wypadnięciu odbytnicy u kobiet. Zwykle wykonywana była nasamprzód kolopekсыя, a następnie w 2—3 tygodnie później—plastyka krocza. Jednoczesne wykonywanie tych 2 operacji nie pożądanę 1) ze względów aseptycznych: przy wypadniętej odbytnicy okolica krocza ulega zanieczyszczeniu; 2) po kolopekсыи zwieracz i przylegające tkanki przynajmniej częściowo odzyskują utracone napięcie, zmniejsza się ich objętość; jednym słowem — nastają warunki pomyślniejsze dla plastyki krocza.

(Dok. n.).

Uwagi krytyczne z powodu kilku nowszych prac polskich o zapaleniu nerek.

Podał

Dr med. Aleksander Simon.

Kapitan wojsk polskich dywizyi gen. Hallera.

W ostatnim dziesięcioleciu nastąpił zupełny przewrót w dziedzinie nauki o zapaleniu nerek i wiele zagadnień, które zostały ciemnymi od czasów Brighta, znalazły zadowalające wyjaśnienie. Przewrót ów zawdzięczamy w ównej mierze czynnościowym (funkcyjnym) sposobom badania nerek, jak i ści-

śłym poszukiwaniom anatomopatologicznym mocno opartym o dokładne spostrzeżenia z życia. Dobrze świadczy o żywotności naszej nauki, że się tak żywo odezwiała na ów postęp pomimo powszechnego zastoju z powodu wojny i odcięcia od środowisk naukowych. W ciągu niespełna roku wyszło w piśmiennictwie pol-

skiem kilka wybornych prac z tej dziedziny. Mam tu na myśli przede wszystkim prawie jednocześnie ogłoszone w naszych ówczesnych trzech dzielnicach prace orjentacyjno-krytyczne: odczyt dra Seweryna Sterlinga (odczyty kliniczne № 253, 4 i 5), radcy Dziembowskiego z Poznania (Nowiny Lekarskie, rocznik 29 zeszyt 4), docenta Nowaczyńskiego z Krakowa (Przegląd Lekarski 1918, kwiecień), nadto prace kol. Korybut-Daszkiewicza, Leśniewskiego, Skłodowskiego, Tenenbauma i innych.

Najobszerniejsza, niezmiernie wszechstronna i w materiał faktyczny obfitująca jest praca kol. Sterlinga. Nie waham się oświadczyć, że odczyty te zaliczam do najlepszych w tym przedmiocie w literaturze lekarskiej. Wszystkie powyższe prace są według mego zdania tak dobre i tak dokładny dają obraz o tej zawilej materii, że wyrzekłem się ogłoszenia mojej gotowej pracy sprawozdawczej o chorobie Brighta, chociaż przez 2 lata kieruję w Moguncyi dużym oddziałem lazaretowym dla chorób nerkowych i sercowych, na którym przewinęło mi się przeszło 2 tysiące przypadków zapalenia nerek. Do skreślenia uwag niniejszych poczuwam się w obowiązku jednak dlatego, że niektóre, pod względem praktycznym nader ważne, zagadnienia, jak np. fizjologia nerek, umiejscowienie spraw chorobnych w poszczególnych odcinkach nerek, teoria obrzęków i inne wymagają w naszej literaturze jeszcze wyjaśnienia i w części sprostowania, a co do innych, np. w sprawie diety, to wypowiadają nasi autorowie miejscami wprost przeciwne sobie poglądy. Oświadcza zatem sprawozdawca kol. Korybut Daszkiewicz, „że w tej tak ważnej sprawie (żywienia chorych nerkowych) panuje w nauce pewnego rodzaju chaos”. Niepewność i dotkliwie braki we współczesnej nauce o zapaleniu nerek podnosi również i kol. Nowaczyński, według którego „przyszłość w tej dziedzinie ma jeszcze wiele do rozwiązania”. Uważam sobie za obowiązek stwierdzić, że właśnie ta dziedzina nauki dzięki zdobyczom ostatnich lat opiera się na bardzo pewnych podstawach i że zwłaszcza w ważnych pod względem praktycznym punktach, np. w sprawie żywienia chorych nerkowych chaosu w nauce niema, przeciwnie panuje zupełna i zasadnicza zgoda w poglądach u najmiarodajniejszych autorów. Niepewność panuje natomiast bezsprzecznie w fizjologii czynności nerkowych, co nasi autorowie mojem zdaniem niedostatecznie podkreślili. Trwający od kilkudziesięciu lat spór pomiędzy zwolennikami filtracyjnej teorii Ludwiga i wita-

listycznej Heidenhaina nie jest jeszcze ostatecznie załatwiony, a każdy z autorów po swojemu kompromisowo go rozstrzyga. Nierozstrzygnięte jest również nader ważne zagadnienie, w jakich odcinkach wydzielane zostają sole zwł. przetwory przemiany białkowej, a więc mocznik, indykan, kwas moczowy, amoniak, kreatynina, kwas oksyproteino-owy i inne. Kolega Dziembowski, a za nim kol. Daszkiewicz przypisują bez zastrzeżeń tę funkcję wyłącznie kanalikom krętym, na tem opierając fizjologię patologiczną, rozpoznawanie, a więc leczenie poszczególnych postaci choroby Brighta. Kol. Sterling nic bez racji porusza tę sprawę zupełnie pobieżnie. Co do mnie, to sądziłbym, że na zasadzie wyników doświadczeń de Bonis'a, Heineke'go i in. oraz studyów klinicznych Schlayera i jego uczniów, Monakowa i t. d. przynajmniej z równym prawem możnaby nie tylko przesączanie wody, lecz i czynne wydzielanie mocznika, indykanu i reszty przetworów rozpadu białka przypisać pracy życiowej nabłonków kłębkowych. Czyni to też z całym naciskiem np. Strauss w swoim powszechnie znanym podręczniku. Wychodząc ze wzmiankowanego niepewnego założenia, dochodzi kol. Dziembowski miejscami do niesłusznych mojem zdaniem wniosków. Wnioskuje on z całą konsekwencją, że w razie zachorzenia kanalików wydzielanie części stałych moczu jest upośledzone, a próba zgęszczenia moczu wypada niezadawalająco. Przypisuje jej więc kol. Dz. wielkie znaczenie, jako wskaźnikowi, pracy i czynności kanalików.

W zupełności zgadzam się z autorem co do tego, że powyższa próba czynnościowa bardzo jest ważna, że jest jedną z najlepszych, jednak li tylko jako probierz pracy wydzielniczej nerek *in toto*, nie przesądza ona natomiast wcale, czy kłębki lub też kanaliki są chore. Z poglądem kol. Dz. nie potrafiłbym pogodzić faktu, dlaczego we wszystkich ciężkich przypadkach *glomerulonephritis* ostrych i przewlekłych próba zgęszczenia moczu jest upośledzona, dlaczego tak często w takowych ilości azotu pozabiałkowego we krwi jest zwiększona i spostrzegamy azotemię. Nierozumiałem byłoby dla mnie, gdybym kanalikom miał przypisać całkowite wydzielanie części stałych moczu, dlaczego w razie ich zachorzenia (w nefrozach) nigdy nie widzimy azotemii ani mocznicy, a mocz posiada tak wysoki ciężar gatunkowy (1030:—1050). Dowodzi to przecież niezbiecie zupełnej zdolności koncentracyjnej. Próba zgęszczenia moczu, dopóki są obrzęki, wogóle niczego nie do-

wodzi, a po ich ustąpieniu jest w nefrozach nieskazitelna. Wobec tego trzeba się chyba zgodzić z Volhardem, że w obecnym stanie nauki wszelkie próby umiejscowienia zaburzeń czynnościowych w poszczególnych odcinkach nerek są bezcelowe. Podzielam więc, chociaż z innych pobudek, zdanie kol. Korybut-Daszkiewicza, który się sprzeciwia nadmiernemu szafowaniu próbami czynnościowymi w celu postawienia w każdym przypadku dokładnego topicznego rozpoznania. Za wielką zdobycz współczesnej kliniki uważać należy fakt, że pomimo tak niepewnych danych fizyologicznych wogóle, jesteśmy w stanie w każdym poszczególnym przypadku w należyty i ścisły sposób wyjaśnić sprawność nerek *in toto*, a nie poszczególnych jej odcinków. I to nam wystarczyć powinno. Zawzięczamy to czynnościowym sposobom badania i na tem polega ich doniosłe znaczenie. Z całą sumiennością i dokładnością podają i opisują wymienione prace polskie najważniejsze i najwięcej stosowane funkcjonalne próby nerkowe. Ale nigdzie nie znajduję wzmianki i rady, jak sobie ma wobec nich począć lekarz praktyk, od którego wszak niepodobna wymagać, by posiadał wprawę w nich wszystkich. Utrudniłoby to niepomierne spopularyzowanie współczesnego stanu wiedzy o zapaleniu nerek. Jest ono natomiast bezwzględnie konieczne nie tylko z powodu większego rozpowszechnienia choroby Brighta jako cierpienia wojennego, lecz przede wszystkim dlatego, że ostre zapalenie nerek, o ile niema niezależnych od niego przypadkowych ciężkich powikłań, jest chorobą w przeważającej części uleczalną. Niewyleczone zaś w porę przypadki przechodzą niechybnie w stan przewlekły, którego w zupełności usunąć już nie można i który z czasem prowadzić musi do fatalnego zejścia. Na szczęście w większości przypadków obejść się można bez owych niezawsze łatwych w wykonaniu sposobów badania. Od prób barwиковych, jako sztucznych i niepewnych, klinika coraz więcej się uwalnia, swoistość próby jodowej (dla kanalików) i cukrowej (dla kłębków) została zakwestyonowana, bo nawet przeciwko nieomyślności wyników badania azotu pozabiałkowego w surowicy uczynił Schlayer na zasadzie sumiennych dociekań poważne zastrzeżenia. Zdaje mi się więc, że próby obciążenia nerek wodą i zgęszczenia moczu, jak je nazwał kol. Dziembowski czyli próba wodna i sucha według nomenklatury kol. Sterlinga, jako sposoby badania nerek naturalne i fizyologiczne a nadto chemiczne

i mikroskopowe badanie moczu oraz określenie ciśnienia krwi w ogólności w zupełności wystarczają do rozpoznania stanu sprawności, postaci i okresu ich zapalenia. Próby powyższe są zaś w wykonaniu nader proste i dla każdego lekarza w najskromniejszym nawet otoczeniu dostępne. To też cały nacisk kładę na ich rozpowszechnienie i spopularyzowanie. Według Bechera można nawet na ich zasadzie obliczyć t. zw. cyfrę czynnościową nerek, która ma liczebnie wyrazić ich sprawność i w przybliżeniu określić stopień azotemii. W przeciągających się i przewlekłych przypadkach jest próba solna bardzo pożądana, a w upartych i zawikłanych jest już niezbędne dokładniejsze zbadanie kliniczne, którego jednak bez wiedzy fachowej i środków kliniki lub oddziału szpitalnego dokonać się nie da. Kolega Leśniowski¹⁾ bardzo zaleca barwиковą metodę fenolsulfonftaleinową Rowntrec i Geraghty'ego, przyznając jej znaczną wyższość nad innymi sposobami określenia sprawności czynnościowej nerek. Według niego może ona służyć za wskaźnik wydzielania zarówno soli nieorganicznych, jak i substancji azotowych. Powołuje on się w tym względzie na pracę Widala i jego współpracowników, którzy przyznają równoległość pomiędzy ilością barwika, azotem pozabiałkowym i współczynnikiem Ambarda. Gdyby pogląd ten się sprawdził, to w samej rzeczy badanie chorób nerek znacznie ułatwione by zostało i wolno by wnioskować, że próba omawiana pozwala stwierdzić nie tylko, czy nerki są zdrowe, lecz zarazem i stopień ich schorzenia, co też kol. Leśniowski czyni. Dotychczas jednakże klinika tej wyższości metody fenolowej nad innymi nie przyznała, a podana przez Widala tablica wymaga pomimo wielkiej jego powagi w tej dziedzinie sprawdzenia. Tak znacznej równoległości próby fenolowej w stosunku do innych i ja dotychczas stwierdzić nie mogłem. Dlatego sądzę, że tymczasem musimy względem niej zachować pewną ostrożność i nie mamy jeszcze prawa zalecać jej zamiast wypróbowanych prostych sposobów funkcjonalnych. Bądźco bądź odczyt kol. Leśniowskiego jest ważnym bodźcem do dalszej pracy w tym względzie.

Że szafowanie w każdym przypadku zapalenia nerek wszystkimi, czy też choćby najważniejszymi tylko próbami czynnościowymi, jest bezcelowe, zbyteczne i dla chorego szkodliwe, nie ulega oczywiście żadnej wątpli-

¹⁾ A. Leśniowski. Gazeta lekarska 1918 № 10—12.

wości. Wobec danych naszej literatury może kol. Daszkiewicz i nie bez racji podniósł ten szczegół. Ale przecież nikt tego nie wymaga. Żeby jednak próby czynnościowe, stosowane rozumnie, w miarę potrzeby i oględnie, szkodziły, tego nigdy nie zauważyłem. Specjalnie bronię próby obciążenia nerek wodą, bo bez niej się obejść nie mogę, z tem zastrzeżeniem, że jej ani w nefrozach nie stosuję, bo jest tam zbyt duża, ani w pierwszych dniach ostrego zapalenia kłębków. Z powodu zbyt wysokiego ciśnienia krwi mogłaby tutaj w samej rzeczy zaszkodzić. Wiem nadto, że jest ona w tych razach mocno upośledzona. Po kilku jednak dniach, kiedy ciśnienie krwi się obniży, stosuję ją i to już nawet w zamiarach leczniczych. Co do próby solnej, to w modyfikacji Straussa (podawanie li tylko 3 gr. soli w ciągu dnia) chyba zaszkodzić nie może. Próbę mleczną i jodową stosuję wyjątkowo. Niemniej ważnym w patologii zapalenia nerek zagadnieniem jest sprawa obrzęków. Niektórzy nasi autorowie, np. kol. Dziembowski, kol. Korybut-Daszkiewicz stają na stanowisku teorii Widala, według którego niewydzielone przez kanaliki chlorki pochłaniają wodę. Wskutek tego następuje rozwodnienie krwi, a jako jego następstwo obrzęki. W zgodzie z tym poglądem jest fakt, że właśnie w chorobach kanalików (nefrozach) widzimy obrzęki. Ale teoria Widala ostać się nie mogła, okazało się bowiem, że u chorych z obrzękami nerkowymi krew nie jest wcale wodnistą, przeciwnie mocno zgęszczoną. To też powyższa hipoteza w ostatnich latach obalona została. Za powód obrzęków nerkowych obecnie zniewoleni jesteśmy przyjąć jednocześnie zachorzenie drobnych naczyń (tętnic) tkanki podskórnej i podsurowiczej, powodujące zwiększoną ich przepuszczalność względem surowicy krwi. Dlaczego właśnie w chorobach kanalików nerkowych ma miejsce czynnościowa niewydolność tętniczek podskórnych i co jest jej powodem (pewnie zatrucie?), zupełnie nie jest wyjaśnione. Wreszcie chciałbym omówić pewne sprzeczności, dotyczące sprawy żywienia chorych nerkowych, sprzeczności, na które się w nowszych pracach polskich użala kol. Daszkiewicz. Jak już nadmieniałem, chaosu w tej dziedzinie w nauce bezwarunkowo niema, sprzeczności wspomniane moim zdaniem polegają przeważnie na nieporozumieniu z powodu klasyfikacji. Wszyscy nasi autorowie przyznają jednogłośnie, że bardzo często się zdarzają mieszane postaci zapalenia nerek, ale nie podnoszą w dostatecznej mierze, że typowe niepowikłane

nefrozy do wielkich należą rzadkości. Na parę tysięcy przypadków zapalenia nerek nie wiem, czy zdarzyło mi się obserwować kilkanaście przypadków ciężkiej czystej nefrozy. Przypadki, które codziennie niemal spotykamy, są to przypadki ostrego i przewlekłego zapalenia kłębków, niekiedy powikłane nefrozą, miażdżycy naczyń nerkowych i t. d., niepomieranie rzadko niepowikłana nefroza.

Dziwić się zaprawdę nie można, jeśli zachodzi niezgoda w poglądach pomiędzy autorem, mówiącym np. o żywieniu w czystej nefrozie, a innym, mającym na myśli chorych na zapalenie kłębków, powikłane nefrozą. Co do czystej pierwotnej nefrozy, to chyba w dostatecznej mierze powszechnie w nauce jest ustalone, że konieczne jest tutaj ograniczenie zarówno soli kuchennej w stopniu zależnym od ciężkości przypadku, jak i wody z powodu obrzęków, że natomiast ograniczenie białka, a więc mięsa, jaj, śmietanki, niema najmniejszej racji. W przypadkach przewlekłych jest ono nawet b. szkodliwe, ponieważ i bez tego ustrój traci z powodu znacznego białkomoczu dużo białka. Przeciwno zastąpieniu chlorków przez sole bromowe, co proponuje kol. K. Daszkiewicz, muszę natomiast najenergiczniej protestować. Zwyrodniałe nabłonki kanalików zarówno źle wydzielają bromek, jak i chlorek sodu. Gwałtowne ostre zatrucie bromem bywa następstwem. Zdarzały się już przypadki samobójstwa w stanie ostrej psychozy z tego powodu. Przeciwno podawaniu mleka w umiarkowanej ilości nie widzę powodu oponować, lepsza jest oczywiście śmietanka, zwł. gdzie płyny bardzo ograniczyć należy. Bezmyślne podawanie mleka w nieograniczonej ilości, stosowane od niepamiętnych czasów u każdego chorego nerkowego, nadal tolerowane być nie może. Zgoła innymi zasadami musimy się kierować w zapaleniu kłębków. Tutaj dopiero badanie czynnościowe (wynik próby zgęszczania moczu, obciążenia nerek solą kuchenną, badanie krwi na azot pozabiałkowy i t. d.) może rozstrzygnąć, w jakiej ilości białko, a więc i mleko, jaja, mięso oraz chlorki są dozwolone. Że w razie niedomogi nerek (azotemii) czyli w razie upośledzonego wydzielania przetworów rozpadu białka, ilość takowego musi być mocno ograniczona, a ciała wyciągowe wzbronione, nie wymaga dowodzenia. Ale w łżejszych przypadkach zapalenia kłębków, zwł. przewlekłych i przeważnie w ogniskowych sprawach i w nefrozach, w których azotemia się nie zdarza, ciała białkowe, ani wyciągowe w ilości umiarkowanej szkodzić nie mogą. Co do octu, korzeni, przypraw, to

CASCARA MIDY

*Najłagodniejszy
najpewniejszy
przeczyszczający
srodek*

PIGUŁKI

CASCARA MIDY

*1-2 pigułek przy kolacji
Pudełko z 50 pigułkami i 20 pigułkami*

OBSTRUKCJA

Próbki: Laboratoire Midy

FOKSAL 13 WARSZAWA

LEK SWOISTY ORYGINALNY

**Piperazine
MIDY**

ZIARNISTA MUSUJĄCA

NAJBARDZIEJ OBFITUJĄCA W PIPERAZINĘ

NAJPOTĘŻNIEJSZY ŚRODEK,
ROZPUSZCZAJĄCY KWAS MOCZOWY

WYWIERA DZIAŁANIE PRZECIWGNILNE NA MOCZ POBUDZA CZYNNOŚĆ WĄTROBY

Proby wysyła skład główny Laboratorium Midy, Warszawa, Foksal, 13

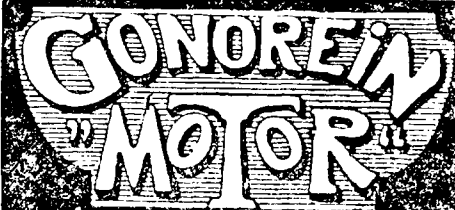
HEMATOGEN

organiczny związek żelaza, łatwo asymilujący się

poleca **Apteka Mag. Farm. J. GESSNERA** Jerozolimska 25
wyróbu własnego w Warszawie.



ASTHMIN-MOTOR
*w formie papierosów albo tytoniu
 usuwa szybko napady duszności
 i wszelkie objawy astmy*
SKŁAD GŁÓWNY: WARSZ. TOW. AKC. „MOTOR”
Ządać w aptekach i składach aptecznych.



**GONDOREIN
 „MOTOR”**
 Kapsułki przeciw rzeżączce zawierające: gonorol, salol, extract, cubearum, aethereum i menthol., poleca własnego wyrobu
War. Tow. Akc. „Motor”
 Marszałkowska 23.

PRACOWNIA ANALITYCZNA

D-ra R. SZERYPY

w WARSZAWIE,

PIĘKNA 25 (róg Marszałk.). Telef. 68-84.

Analizy lekarskie: bakteryologiczne, chemiczne i mikroskopowe. Serodyagnostyka kity. Szczepionki Wrighta.

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 (przyrządy motorowe) przyrządy do leczenia elektrycznoświatelnego i gorącym powietrzem, przyrządy do leczenia przekrwieniem.

Tłumaczenie

prac lekarskich na język niemiecki i francuzki oraz przepisywanie na maszynie przyjmuje b. studentka wydz. lek. F. Stodolska. Ul. Śniadeckich (Kaliksta) 13 m. 18.

HIPOLIT AMBER

Skład narzędzi chirurgicznych

Warszawa, Marszałkowska 139, wprost bramy, I-sze piętro. Telef. 230-23

poleca po cenach przystępnych:

wszelkie narzędzia lekarskie, strzykawki, igły do strzykawek i chirurg., termometry i t. p.

Reparacja i odnawianie tychże.

Reprezentacja na Król. Polskie fabryki artykułów dla celów med. R. Graf & Co. Noryn.berga.

Katgut z najlepszych i zdrowych kiszeczek, w mokach i kłębках.

Na wody lecznicze
**„JÓZEFINĘ”, „MAGDALENĘ”
 I „WANDĘ”**

znakomite w chorobach dróg oddechowych, żołądka, pęcherza i nerek i na wodę **„STEFANA”** zamówienia stołową w pakach

po 50 flaszek przyjmuje

Zarząd Zdrojowiska w Szczawnicy.

ALFONS MANN

Firma egzystuje od 1819 r.

Fabryka narzędzi chirurgicznych

Warszawa — Plac Małachowskiego 2 (róg Traugutta).

(Fabryka — Marszałkowska 11|13).

Poleca: wszelkie narzędzia chirurgiczne i ginekologiczne, przybory i aparaty lekarskie i pomoce lecznicze.

Wykonywa zamówienia podług modeli i rysunków.

MEBLE LEKARSKIE

stoły, umywalnie, krzesła ginekologiczne, szafki na instrumenta, stoliki i t. p.

w wielkim wyborze

po cenach konkurencyjnych polecają

STANISŁAW BARAN i S-ka

Kraków.

Sławkowska 6.

Kraków.

sprawa nie jest w samej rzeczy jeszcze w zupełności ustalona. Badania, dokonane w tym względzie na klinice Ambera w Berlinie nie wykazały co prawda najmniejszych ujemnych następstw. Że pieprz, czosnek mogą wywołać białkomocz i spożywane zostają w celu udawania choroby nerkowej, wiadomo jest każdemu lekarzowi wojskowemu. O znoszeniu chlorków z góry przesądzać nie można, i należy się o tem przekonać zapomocą próby czynno-

ściowej w każdym poszczególnym przypadku.

Uwagi powyższe zebrałem z umysłem w formę szkicu krytycznego nie w zamiarze krytykowania wzmiankowanych prac naszych autorów, które zasługują na szczerze uznanie, lecz aby w ten sposób przyczynić się do możliwie najszerszego spopularyzowania tej zawilej i nieco monotonnej, a pod względem praktycznym ważnej dziedziny.

ODCINEK.

Choroby weneryczne u prostytutek we Lwowie w czasie wojny 1914—1918.

(Dokończenie—patrz № 41—42).

Z porównawczego zestawienia za okres czteroletni można wysnuć pewne wnioski co do rodzaju chorób i ich rozszerzenia się: i tak ilość przypadków wrzodu miękkiego, która już w czasie inwazyi rosyjskiej się zwiększyła, dochodzi w drugiej połowie r. 1915 do 19% wszystkich chorób, a w miarę energicznego zwalczania chorób spada w r. 1918 do 4%, co jest jednym z dowodów skuteczności zwalczania.

Liczba przypadków rzeżączki stale się zwiększa, a mianowicie: wynosi 44% w r. 1915, 57% w r. 1916, 65% w r. 1917 i 72% w r. 1918; przypisać to należy badaniom mikroskopowym, wykonywanym zrazu, dla braku własnego mikroskopu, nieregularnie, a od r. 1916 po sprowadzeniu urządzeń potrzebnych do badań, wykonywanym stale w każdym przypadku badanym.

Zwiększenie przypadków kiły ogólnej w drugiej połowie 1915 r. a zwłaszcza w r. 1916 odnieść trzeba, zdaniem mojem, do inwazyi rosyjskiej, w czasie której nieuporządkowane stosunki i zawleczenie chorób z Rosyi odegrało główną rolę. Wśród przypadków bowiem kiły ogólnej, odesłanej do leczenia szpitalnego w czasie od lipca 1915 do lipca 1916 było 60 — 70% kiły świeżej, której początek odnieść można było do zakażenia, nabytego w pierwszych 8 miesiącach roku 1915.

Stan zdrowotny prostytutek rejestrowanych w okresie czteroletnim przedstawiał się następująco: (Tablica).

Z poszczególnych kategorii chorób wrzód m. w drugiej połowie r. 1915 przedstawia bardzo wysoki stosunek (35% chorób), w następnych latach spada, tak że w r. 1918 stanowi już tylko 7% chorób wenerycznych. A więc ten sam stosunek, jak u prostytutek krytych, i taki sam dowód skuteczności zwalczania chorób.

Co do kiły ogólnej widzimy znów to samo nasilenie przypadków jej w drugiej połowie r. 1915, zwłaszcza zaś roku 1916, jak u prostytutek krytych, co również tym sa-

mym przyczynom, jak u tamtych, należy przypisać.

Wysoki odsetek wykrytych przypadków rzeżączki i to poczynawszy od r. 1915 odnieść należy do stale od tego czasu wykonywanych badań mikroskopowych.

Rok	1915 od 11/7 do 31/12	1916	1917	1918
Rzeżączka	76	519	563	450
Wrzód m.	106	71	41	36
Wrz. pierw.	6	7	6	1
Kiła og.	112	270	78	26
Razem	118	277	84	27
Razem cho- rych	306	880	889	513
% przypad- ków choro- by do ogól- nej liczby badanych	34%	88%	72%	59%

Krytyczne rozpatrzenie wyników badania mikroskopowego może posłużyć do poczynienia pewnych uwag co do ich praktycznej wartości, następnie co do częstości trypra u prostytutek i jego uleczałości.

W tym celu poczyniłem tu zestawienia, które w sposób następujący ugrupowałem. W ogóle poddano w okresie 2½ letnim od 1 maja 1916 do 1 listopada 1918 stałym badaniom mikroskopowym 1412 osób; badania wykonane były najmniej raz tygodniowo, a

podlegała im wydzielina z cewki, z szyjki macicy i ewentualnie z gruczołów Bartholiniego. Ponieważ z 1412 dziewcząt nie wszystkie z powodu zmiany miejsca pobytu podlegały badaniom ciągłym, z liczby tej dla poczynienia niżej podanych zestawień wybrałem tylko 574 dziewczęta, które bez przerwy przez czas najmniej dwuletni były stale badane.

Na tych 574 dziewcząt:

Stwierdzono w ogóle gonokoki u 496 t. j. 86,7%.

Nie stwierdzono ani razu gonokokków u 78 t. j. 13,3%.

W przypadkach z dodatnim wynikiem badania (496).

Stwierdzono obecność gonok. tylko w cewce u 158 = 31,8%.

Stwierdzono obecność gonok. tylko w szyjce u 110 = 22,1%.

Stwierdzono obecność równocześnie w cewce i w szyjce u 92 = 18,5%.

Stwierdzono obecność gnk. naprzemian w cewce i szyjce u 119 = 23,9%.

Stwierdzono obecność tylko w grucz. Bartholiniego u 10 = 2%.

Stwierdzono obecność równocześnie w szyjce macicy i grucz. Bartholn. u 3 = 0,6%.

Stwierdzono obecność równocześnie w cewce i gruczołach Bartholn. u 4 = 0,8%.

Najkorzystniejsza grupa pod względem sanitarnym, u której nie stwierdzono w czasie dwuletniej obserwacji gnków wynosiła 78 osób (z 13,3%). Liczba ta uleży musi pewnej redukcji, trzeba bowiem odliczyć od niej pewien odsetek (3 — 4%) przypadków podejrzanych, uzasadnionych stwierdzeniem większej masy ciałek ropnych w obrazie mikroskopowym.

Drugą grupą, bezpieczniejszą pod względem zdrowotnym, są przypadki, u których w okresie 2½ letnim stwierdzono obecność gnk. tylko w cewce (158 przypadków). Z tych stwierdzono jeden raz gnki u 80 dziewcząt (13% do całej liczby badanych).

Stwierdzono dwa razy gnki u 44 dziewcząt

"	trzy	"	"	"	22	"
"	cztery	"	"	"	7	"
"	pięć	"	"	"	4	"
"	sześć	"	"	"	1	"

Z 80 przypadków, w których stwierdzono jeden raz gnki, u 53 upłynęło najmniej pół roku od ostatniego ich wykazania; można zatem przyjąć, że w przypadkach tych nastąpiło definitywne wyleczenie. Z pośród reszty, u których stwierdzono gnki po kilka razy, było 39 przypadków, w których ponowne stwierdzenie gnków miało miejsce w krótki czas po opuszczeniu szpitala (1—4 tyg.). Nie wykluczając możliwości świeżej infekcji w nielicznych przypadkach, w których obraz mikroskopowy przedstawiał znaczną przewagę ciałek ropnych i liczne gonokoki, przyjąć można co do reszty z pewnym prawdopodobieństwem, że nie nastąpiła tu świeża infekcja, tylko, że proces był dalszym ciągiem sprawy poprzedniej o charakterze uporczywym (skąpe gonokoki, ciałka ropne w mniejszej ilości, przewaga przybłonków).

Grupę o wiele mniej korzystną pod względem zdrowotnym przedstawiają przypadki, w których stwierdzono gonokoki w wydzielinie szyjki macicy. Zaznaczyć należy, że przeważnie spotykano tu gonokoki w skąpych ilościach, dalej, że na grupę tę w znacznej części (60%) składają się dziewczęta starsze, już długi szereg lat oddające się swemu procederowi, że przypadki te powikłane bardzo często zajęciem przydatków macicy i że ponowne, po wypuszczeniu ze szpitala, stwierdzenie obecności gonokokków następowało dość szybko. Przypadki zatem pod względem terapeutycznym bardzo niekorzystne, pod względem bezpieczeństwa sanitarnego niepewne; niepewność tę może chyba nieznacznie zmniejszyć okoliczność, że te przypadki pod względem formy choroby, mają charakter przeważnie przewłoczny.

W grupie tej stwierdzono obecność gonokokków:

jednorazowo	w 50 przypadkach
2 i 3 razy razem	" 49 "
4 razy	" 6 "
5 razy i więcej	" 5 "

Następną grupę jeszcze mniej korzystną pod względem zdrowotnym i terapeutycznym stanowi grupa, w której stwierdzano gonokoki już to równocześnie kilka razy w wydzielinie cewki i szyjki, już to kilkakrotnie naprzemian w wydzielinie cewki i szyjki. Takich przypadków było 181 (31% wszystkich badanych).

Wśród tych przypadków była zajęta:

a) cewka jeden raz	w 61 przyp.
" 2 i 3 "	" 83 "
" 4 i więcej razy	" 28 "
b) szyjka jeden raz	w 84 przypadkach
" dwa razy	" 60 "
" 3 i więcej	" 25 "

W szpitalu były leczone dziewczęta z tej grupy:

po 2 razy	w 34 przypadkach
" 3 "	" 67 "
" 4 "	" 46 "
" 5 i więcej razy	" 34 "

Widzimy tu zatem o wiele więcej przypadków leczonych po kilka razy w szpitalu, aniżeli w grupie przypadków, gdzie stwierdzono gonokoki tylko w wydzielinie cewkowej. Tutaj należą też formy początkowo ostre, w których po pierwotnym stwierdzeniu gonokoków w wydzielinie cewki i szyjki (przewaga w ilości ciałek ropnych, gonokoki liczne, nieraz masowe), przy następnych badaniach formy te okazują już charakter więcej przewłoczny, badania wykazują gonokoki w ilościach skąpych już to tylko w cewce, przeważnie jednak tylko w wydzielinie szyjki; pod względem terapeutycznym przypadki te zachowują się odpornie, ponowne stwierdzenie gonokoków w wydzielinie szyjki ma miejsce dość szybko po wypuszczeniu ze szpitala.

Przypadki z tej grupy dają poważny temat do zastanawiania się, czy wogóle mogą być one pozostawiane do użytku; pytania, na

które względy sanitarne wymagać mogą odpowiedzi.

W końcu, jako osobną grupę, wymienić należy dziewczęta, u których przy każdym badaniu stwierdzano gonokoki i to przeważnie równocześnie w wydzielinie cewki i szyjki. Takich osób było 25 czyli 4.3% ogółu badanych. To jest już grupa bezwarunkowo pod względem zdrowotnym niebezpieczna, a pod względem terapeutycznym bardzo odporna (dziewczęta te przebywały w leczeniu szpitalnem przeważną część roku).

Reasumując bilans czynności za cały okres, możemy stwierdzić, że był on w kierunku zwalczania cnorób dodatni, z prostytucji krytej wyszukano znaczną liczbę ognisk choroby i zakażenia, stosunek chorób wahał się między 20 — 35% osób zbadanych, źródła te czyniono nieszkodliwymi przez poddanie je przymusowemu leczeniu szpitalnemu, a o ile inne względy czyniły to usprawiedliwionem, po wypuszczeniu ze szpitala czuwano nad tem, by one w dalszym ciągu nie rozszerzały infekcji.

Co do prostytucji jawnej kontrola sanitarna w czasie tym wiele zdziałała i ten jej wynik może być uważany jako dowód jej potrzeby i argumentem, że jednak celowo prowadzona kontrola może oddać usługi w walce z chorobami wenerycznymi.

Skala, w jakiej się w ciągu 3 1/2 letniej obserwacji obracają poszczególne choroby, zaznacza wyraźny spadek dwu z nich, mianowicie wrzodu miękkiego i kiły. Pierwszy, dający wysoki stosunek w czasie inwazyi (23%), i jeszcze większy po jej ustąpieniu (35), a oba te okresy są dowodem jego nadmiernego wybudowania w czasie rozluźnionej podczas inwazyi kontroli, w następnych latach spada do stanu niskiego (7%), nawet niższego, aniżeli przed wojną. To samo odnosi się do kiły ogólnej, jak już powyżej zaznaczyłem.

Wartość stałych badań mikroskopowych jest widoczna; ilość wyszukanych przypadków rzeżączki przed wojną jest bardzo mała, w pierwszym roku po ich wprowadzeniu osiąga bardzo wysoką cyfrę, bo 88% w następnych latach cokolwiek spada, utrzymując się jednak zawsze na 60% wszystkich badanych w ciągu roku.

Energiczne wyszukiwanie ognisk choroby wśród prostytutek jawnych i krytych, poddawanie ich intensywnemu leczeniu w szpitalach, wywarło niewątpliwie korzystny wpływ na stan chorób wśród ludności cywilnej miasta i stacyonowanego w nim wojska. Twierdzenie to trudno poprzeć cyframi, miarodajnymi mogłyby bowiem być tylko wykazy leczonych przez lekarzy prywatnych, takich zaś wykazów nie posiadamy. Musimy zatem zadowolnić się tylko ogólnem stwierdzeniem przez lekarzy specjalistów faktu, że liczba prywatnie się leczących we Lwowie w latach 1917 i 1918 w porównaniu z rokiem 1915 zmniejszyła się. Potwierdzić ten fakt mogą częściowo cyfry z ambulatoryów we Lwowie w tym czasie czynnych, tak n. p. ilość leczonych w poliklinice powszechnej w r. 1917 i 1918 zmalała

znacznie, jak to wykazałem na innem miejscu (p. Przegląd lekarski № 34. z r. 1919).

Zupełne opanowanie chorób wenerycznych i ich źródła-prostytucji jest w praktyce nieosiągalna. Niemniej jednakże są potrzebne w sposobie dotychczasowego wykonywania kontroli sanitarnej pewne zmiany i ulepszenia, które mogą zbliżyć nas do osiągnięcia właściwego celu t. j. do skuteczniejszego zwalczania chorób.

Niektóre z tych zmian muszą być zasadniczej natury. Jedną z takich pod względem prawnym wydaje się postawienie zasady, że nierząd, jako taki, nie podlega kodeksowi karnemu. Karygodnym staje się dopiero, jeśli jest kwalifikowany, t. zn. jeżeli prostytutka swem zachowaniem, wywołuje publiczne zgorszenie, 2) jeśli, wiedząc o tem, że jest dotknięta chorobą weneryczną, lekkomyślnie ją rozszerza. Również proste stręczenie donierządu, o ile jest zwykłym pośrednictwem między dorosłymi osobami, odpaść winno, w myśl zasady „*volenti non fit iniuria*” karygodnem winno być tylko wtedy, 1) jeżeli jest kwalifikowane t. zn. przez użycie podstępu, gwałtu, wprowadzenia w błąd, utraty swobody ruchów i, t. p. Niemniej postanowienia o karaniu dających prostytutkom mieszkanie należy zmienić, jako rzeczy w praktyce faktycznie niestosowane i nie wykonalne.

Ustalenie zasady prawnej co do odpowiedzialności karno-sądowej w razie rozszerzenia choroby wenerycznej, uzasadniłoby prawnie poddanie pod nadzór osób chorobą dotkniętych, któremu te osoby należałoby poddać na podstawie zebranych dowodów, oprócz ukarania sądowego, przy równoczesnem udowodnieniu lekkomyślnego sposobu życia. W ten sposób znaczna część kobiet, oddających się tajnie nierządowi, mogłaby być wysłędzona i na mocy ustawy poddana pod nadzór, zależny co do swej trwałości od rodzaju i przebiegu choroby.

Zniesienia dotychczasowych przepisów ustawy karnej nie należy pojmować jako ochronę prostytucji, ale jako racjonalną ochronę społeczeństwa przed prostytucją a raczej jej zgubnymi skutkami t. j., chorobami wenerycznymi.

Tymi przepisami karnymi bowiem, jak doświadczenie poucza, dotąd nigdzie prostytucji nie zwalczono, skrępowano natomiast stosowanie środków ochronnych przeciw szkodom dla zdrowia z niej wynikającym. Zresztą w praktyce przepisy te trudne do wykonania, istotnie rzadko ściśle były stosowane; w następstwie tego ustawę pozostawiło się na boku, a sprawę prostytucji oddano w ręce władzy policyjnej. prostytutki poddano pod cały szereg rygorów policyjnych, które właściwy cel t. j. ochronę przed chorobami, najmniej mają na oku, niejednokrotnie zaś, spoczywając w rękach niepowołanych, są powodem niepotrzebnych szykan i niekiedy sposobnością do nadużyć.

Dla celów zdrowia publicznego wystarczy, jeżeli ustawa na osoby, chcące się oddawać nierządowi, nałoży obowiązek podda-

wania się ogłędzinom, zaniedbanie tego obowiązku i lekkomyślne a świadome rozszerzenie choroby określi jako czyn karygodny.

Osobne przepisy ustawy winny ochraniać moralność publiczną.

Wyłączenie kontroli lekarskiej z pośród agend władzy policyjnej wynika z powyżej określonego stanowiska zasadniczego.

Jedynie czuwanie nad obyczajnością publiczną i nad obowiązkiem przestrzegania jej przez dziewczęta publiczne należy pozostawić władzy policyjnej.

Takie postawienie sprawy przyczyni się niewątpliwie do skuteczniejszej walki z chorobami wenerycznymi. Władza policyjna w b. państwie austr., traktowała dział sanitarny po macoszemu; z powodu brzmienia ustawy były to rzecz „*noli me tangere*”, „nieprzyzwyczajona”, referat jako mniej ważny oddawano dyskretnie najmłodszemu urzędnikowi, który nie posiadali ani przygotowania w danym kierunku, tem mniej doświadczenia, sprawę prostytucji traktowali jedynie z punktu widzenia kryminalno-policyjnego, a lekarzy uważali za swój podwładny organ wykonawczy, którego zadaniem miało być zbadanie jedynie przedstawionego przez nich materiału, bez prawa jakiegokolwiek wpływu na istotę rzeczy.

Co do samej kontroli czyli nadzoru, to sprawę tę można i trzeba rozpatrywać ze stanowiska lekarskiego, obyczajowego i społecznego, kwestya bowiem nadzoru nie jest i nie może być z powodu istoty rzeczy uważana za wyłącznie lekarską, ale za ściśle związaną z tamtymi dwiema.

O ile chodzi o osiągnięcie celu lekarskiego t. j. zwalczanie chorób, to poddanie pod nadzór nie powinno mieć charakteru karno-policyjnego, jeśli dopełnione zostały wymagania natury higienicznej.

Instytucja nadzoru winna być zasadniczo lekarską, na czele jej winien stać lekarz, z dodanym sobie do pomocy referentem prawniczym, z prawem ścigania jedynie przekroczeń, mającem na celu ochronę zdrowia publicznego (uchylenie się od ogłędzin, nieprzestrzeganie zarządzeń sanitarnych, ukrywanie choroby wenerycznej i t. d.).

Karanie przekroczeń naruszających obyczajność publiczną, winno być pozostawione organom policyjnym. Ze względu na bezpieczeństwo publiczne, związek prostytucji z rozmaitymi przestępcami i t. p. może odnośna władza przez odpowiednie organa pozostawać w urzędowej styczności z instytucją lekarską, nie wypuszczając temsamem ze swej opieki jednostek zagrażających porządkowi społecznemu.

Instytucja nadzorczo-lekarska, czyli, jak w Warszawie nazwano, urząd sanitarno-obyczajowy, powinien być połączony z oddziałem szpitalnym dla stałego leczenia kobiet dotkniętych chorobami wenerycznymi i z takim samym oddziałem ruchomym (ambulatorium) dla osób, u których brak zmian widocznych nie wymaga zamknięcia w szpitalu, a u których leczenie okresowe może być pożądan.

Co do innych wymagań ze strony lekarskiej konieczne jest obowiązkowe wprowadzenie badań mikroskopowych, wykonywanie okresowe badania krwi. Rozumie się, że niezbędnym warunkiem prawidłowego funkcjonowania jest lokal, odpowiednio urządzony, oświetlony i zaopatrzony we wszystkie środki naukowe i urządzenia, potrzebne do badań. Warunki dotychczasowe, wśród jakich odbywają się w niektórych miastach ogłędziny lekarskie, nie odpowiadają najprostszemu wymaganiu.

Według sprawozdania, przedłożonego przed kilku laty Namiestnictwu galicyjskiemu, na 64 odpowiedzi okazało się, że w 27 miejscowościach nie ma żadnego lokalu, w 4-ch podano „zły urządzone”, w jednej „ewidencja niemożliwa, kontrola trudna”, w 26 gminach odbywały się ogłędziny w kancelarii gminnej.

Od lekarzy, powołanych do badania, należy wymagać wykształcenia specjalistycznego. Ścisłość i dokładność w badaniu, wprawa w rozpoznaniu zmian, pewność ich kwalifikacji, są tu koniecznymi warunkami, raz dlatego, że wymaga tego stanowisko odpowiedzialne lekarzy, powtóre że ma się do czynienia z materiałem, umiejacym zręcznie zmiany ukrywać i lekarza w błąd wprowadzać, wreszcie dlatego, że niewłaściwa ocena spostrzeżonych zmian niepotrzebnie odstrasza dziewczęta od ogłędzin i zwiększa koszt leczenia szpitalnego, pokrywanego z funduszy publicznych. W końcu biuro sanitarne musi posiadać odpowiedni personel pomocniczy, w szczególności dla badań mikroskopowych, agentów i t. p.

Obok strony lekarskiej, wymaga uwzględnienia strona społeczna prostytucji. O ile jest obowiązkiem lekarskim, licząc się z istniejącym stanem rzeczy, zapobiegać szkodom, wynikającym z prostytucji pod względem zdrowotnym, o tyle jest znów obowiązkiem społecznym zaradzić złemu u jego podstaw i starać się o usunięcie przyczyn prostytucji i jej samej. Czy akcja taka przyniesie kiedy rezultat, o jakim marzymy, wolno mi na mocy doświadczenia wątpić.

Akcja taka, nie paraliżując czynności lekarskiej, winna być równoległa z nią prowadzona przez odpowiednie czynniki, a celem jej winno być czuwanie nad tem, by chętnym do zmiany zajęcia prostytutkom ułatwić powrót do normalnego życia, a rozpoczynającym swój nieszczęśliwy zawód, pomódz do odwrotu z rozpoczętej drogi przez dostarczenie pracy i umieszczenie w domach poprawy.

Nadzór i zwalczanie chorób wenerycznych, w myśl powyższych wskazówek uregulowane, winny być jednolicie wykonywane na całym obszarze państwa jeżeli pragniemy osiągnąć cel zamierzony t. j. zmniejszenie chorób wenerycznych.

W tym kierunku wzorować się należałoby na dobrze obmyślanych urządzeniach, wprowadzonych za staraniem Wernica w Warszawie i obszarze b. Królestwa Polskiego.

Dział sprawozdawczy.

37. Wydział lekarski uniwersytetu paryskiego w r. 1919/20.

W № 33 naszego pisma streściliśmy artykuł, umieszczony w № 28 czasopisma *Presse Médicale* z powodu debat w senacie francuskim nad nauczaniem medycyny we Francji (podpisany H. R.). Autor zapowiadał w nim, iż wydział lekarski dla udogodnienia cudzoziemcom korzystania ze studiów lekarskich w Paryżu wyda przewodnik, zawierający wszelkie potrzebne informacje. Otóż przewodnik taki zjawiał się już w druku w postaci wytwornie wydanej książki (str. 82), ozdobionej licznymi ilustracjami, a kosztującej tylko jednego franka ¹⁾. Znajdujemy w niej krótką historię tej jednej z najstarszych w Europie szkół lekarskich (1270 r.) aż do naszych czasów. W części ogólnej opisano gmachy wydziału lekarskiego i szkoły lekarskiej, gdzie odbywają się wykłady. Wszystkie kliniki, z wyjątkiem kliniki Tarnier, w liczbie 30 są rozmieszczone po szpitalach cywilnych, należących do miasta (*Assistance publique*). W niektórych szpitalach Wydział mianuje szefów oddziałów (*médecins chefs*), którzy mają tytuł profesorów kliniki oraz personel pomocniczy (głównych asystentów, szefów kliniki i pracowni). Pozostałe oddziały prowadzone są przez lekarzy, mianowanych z konkursu i dzielących się na 7 kategorii wedle specjalności (interniści, chirurdzy, psychiatrzy, akuszerzy, laryngolodzy, okuliści, dentyści).

„*Assistance publique*” organizuje konkursy na eksternów, i ordynatorów (*médecins des hôpitaux*). Eksterni są mianowani na lat 6 i mają prawo stawać do konkursu na internów. Do konkursów, naogół trudnych, mogą stawać wszyscy studenci bez różnicy narodowości. Studenci od pierwszego roku studiów obowiązani są odbywać praktykę w szpitalu (*stage hospitalier*), na co poświęcają ranek i część godzin popołudniowych. Wydział posiada 20 oddziałów klinicznych (*services de clinique*): 4 medycyny ogólnej, jedną klinikę terapeutyczną, 4 — chirurgii ogólnej, 3—akuszerijne, 6 klinik specjalnych dla medycyny wewnętrznej (choroby dziecięce, higieny noworodków, choroby skórne i weneryczne, neurologia i psychiatrya, choroby zakaźne), 6 klinik specjalnych chirurgicznych (chirurgia dziecięca, ginekologiczna drogi moczowe, okulistyka, oto-laryngologia).

Niezależnie od klinik wydziałowych stu-

chacze medycyny korzystają z niektórych oddziałów szpitalnych, w których szefowie mają prawo nauczania i otrzymują tytuł *chargé de cours de clinique annexe* oraz należą do sędziów (*jury*) na egzaminach klinicznych. Prócz tego wydział organizuje wolne nauczanie (*enseignement libre*) przez zapraszanie do tegoż wybitniejszych lekarzy szpitalnych.

Wydział posiada obecnie 19 katedr teoretycznych. Wykłady z demonstracjami odbywają się w godzinach poobiednich. Słuchacze nie są zmuszani do wysłuchiwania wykładów teoretycznych, wstęp na wykłady jest wolny dla wszystkich. Zato obowiązkowe jest branie udziału w zajęciach praktycznych (anatomia, histologia, fizyka, chemia, fizjologia, medycyna doświadczalna i t. d.).

Niektórzy profesorowie organizują kursy uzupełniające (*cours de perfectionnement*) dla kończących studia i dla lekarzy tak francuskich, jak i cudzoziemców. Ażeby mieć prawo korzystania z tych kursów, należy się zapisać na Wydział (*immatriculation*) i wnieść opłatę (50—150 fr.). Osoby życzące sobie wykonywać prace w laboratoriach (*laboratoires de recherches*) muszą otrzymać pozwolenie profesora i wnieść opłatę (50—150 fr.).

Na wydział lekarski w r. 1918 zapisało się 4552 osób (3474 francuzów, 295 francuzek, 558 cudzoziemców i 225 cudzoziemek). W r. 1917 liczba słuchaczy wynosiła 4150, w r. 1916—4024, w 1915—3939, w 1914—3516.

Dla wstąpienia na wydział lekarski należy posiadać świadectwo *bachelier de l'enseignement secondaire* oraz świadectwo *d'études physiques, chimiques et naturelles* udzielane przez wydział umiejętności (*faculté des sciences*) po roku studiów. To samo wymagane jest od cudzoziemców, o ile posiadają chęć *diplôme d'état*. Żadne inne świadectwa nie są uwzględniane (z wyjątkiem Rumunii). Cudzoziemcy nie odpowiadający tym warunkom, mogą się ubiegać tylko o dyplom *Docteur de médecine de l'Université de Paris*, nie dający żadnych praw we Francji. Cudzoziemcy, posiadający dyplomy zagraniczne, mogą być zwolnieni częściowo lub całkowicie od egzaminów.

Studia lekarskie trwają 5 lat. Od pierwszego roku, jak mówiliśmy, obowiązuje praktyka w szpitalu (*stage hospitalier*). W końcu każdego roku szkolnego studenci podlegają egzaminowi z przesłuchanych przedmiotów. W razie niedostatecznej odpowiedzi mogą składać egzamin powtórnie w październiku i listopadzie z przedmiotu danego; w razie powtórnej nieudania się egzaminu, muszą powtarzać egzamin ze wszystkich przedmiotów w końcu roku. Ocena egzaminu wyraża się w ten sposób: bardzo dobrze, dobrze, dość dobrze, znośnie, źle (*très bien, bien, assez bien, passable, mal*).

Po ukończeniu 5 lat studiów, studenci podlegają trzem egzaminom klinicznym:

¹⁾ La faculté de Médecine de l'université de Paris. Organisation générale. Enseignement. Examens. Diplômes. Programmes et horaires pour l'Année Scolaire 1919—1920. Masson et C. éditeurs. Otrzymaliśmy tę książkę dzięki uprzejmości kol. Hufnagla, zamieszkającego oddawna w Paryżu, który przybył do Warszawy z misją urzędową nawiązania bliższych stosunków z naszym światem lekarskim. Większą liczbę egzemplarzy ofiarował uprzejmie dla Tow. Lekarskiego oraz Stow. Lekarzy Polskich dr Gautier, szef wydziału sanitarnego misji francuskiej w Polsce.

1-o egzamin z kliniki chirurgicznej i terapii chirurgicznej (*clinique et thérapeutique chirurgicale*) wraz z wiadomościami z patologii zewnętrznej (*révision générale de la pathologie externe*).

2-o egzamin z kliniki i terapii akuszerijnej.

3-o egzamin z kliniki i terapii lekarskiej (*Chirurgie médicale et thérapeutique médicale*). Każdy z tych egzaminów poprzedza 6 dni uczęszczania na klinikę (po 2 dni u każdego z 3 sędziów). Kandydat obowiązany jest zbadać przedstawionych mu chorych, wykonywać badania laboratoryjne, opatrunki i wszelkie manipulacje. Prócz tego obowiązany jest napisać obserwację 2-u chorych, *ad hoc* wybranych. Na zbadanie chorych wewnętrznych i chirurgicznych przeznaczają się 15 minut, położnic — 20 minut. W końcu kandydat podlega egzaminowi ustnemu w obecności trzech sędziów w oddziale przewodniczącego (*dans le service du président du jury*). Każdy egzamin kliniczny oznacza się jednym stopniem. Każde nieudanie się egzaminu pociąga za sobą 4-miesięczny pobyt (*stage*) w danej klinice. Tytuł doktora medycyny można otrzymać tylko po wydrukowaniu i obronie rozprawy (*thèse*) na temat obrany dowolnie.

Koszty studyów i egzaminów są następujące: Dyplom bakalaureatu *ès lettres* — 140 f., *ès sciences* — 305 f. Właściwe studia lekarskie: 20 *inscriptions de doctorat en médecine* po 32 f. 50 c. wraz z prawem korzystania z biblioteki wynosi 650 f., zajęcia praktyczne 300 f., 1 egzamin 65 f., 7 egzam. po 55 fr. — 385, Teza 240 razem 1640 fr. Tyle kosztuje zdobycie *diplôme d'Etat. Diplôme universitaire* (dla cudzoziemców) bez kosztów bakalaureatu wynosi również 1640 f. Wolni słuchacze płacą za matrykulę i bibliotekę 30 fr. rocznie, za udział w zajęciach praktycznych 50 fr. za semestr. Lekarze cudzoziemcy za korzystanie z biblioteki płacą 10 f.

Wydział lekarski wydaje jeszcze dwa dyplomy specjalne: lekarza kolonialnego i lekarza sądowego. Dla otrzymania pierwszego należy przesłuchać kurs w Instytucie medycyny kolonialnej (trzy miesiące), drugiego — w Instytucie medycyny sądowej (kurs roczny). Prócz tego wydział wydaje świadec-

stwa osobom, które wysłuchały kursy uzupełniające (*cours de perfectionnement*).

W drugiej części przewodnika podano listę personelu wykładowego: profesorów, *agrégés, chefs des travaux* i administracji. Dziekanem jest prof. Roger, jego zastępcą prof. Poudet, sekretarzem prof. Destouehes, dziekanem honorowym jest Debove, profesorami honorowymi: Duplay, Garie, Gautier, Guyon, Hayem, Kirmisson, Le Dentu, Pinard.

W dalszym ciągu znajdujemy racjonalny plan zajęć i wykładow. Godziny ranne poświęcone są praktyce szpitalnej (*stage hospitalier*). Od 1½ — 4 — w pierwszych 2-u latach odbywają się ćwiczenia anatomiczne (*disscetion*), w 3-im — akuszerijne i chirurgiczne, w 4-ym anatomopatologiczne i farmakologiczne, w 5-ym klinika nerwowa i psychiatryczna. Od 4 — 6 po poł. mają miejsce wykłady teoretyczne, niektóre zajęcia praktyczne, a w roku 4 — 5-ym — kliniki specjalne.

Część trzecia przewodnika zawiera programy kursów i konferencji na cały rok w klinikach uniwersyteckich, w Instytucie medycyny sądowej, medycyny kolonialnej i w świeżo utworzonej szkole hodowli dzieci (*école de périculture*).

Dalej mamy tu spis szpitali, w których wydział lekarski zorganizował wykłady kliniczne. Podano nazwiska wykładowców z oznaczeniem przedmiotu wykładów oraz dni i godzin, gdzie to było możliwe.

W końcu Przewodnika, znajdujemy spis nagród i stypendyów znajdujących się w rozporządzeniu wydziału. Spis to długi, dowodzący, że ogół francuski interesuje się medycyną i losem młodzieży. Np. miasto daje do rozporządzenia Wydziałowi corocznie 6000 fr. na stypendya dla młodzieży lekarskiej (po 1200 fr. każde). Uderzył nas jeden zapis: *donation Faucher* — 1200 fr. na pokrycie wydatków na dyplom doktorski dla dwóch studentów francuzów i dwóch Polaków.

Przewodnik zdobią bardzo ładne rysunki gmachów uniwersyteckich, klinik, pracowni i szpitali (22 rysunki).

Tak starannie i wyczerpująco wydany Przewodnik powitają z radością wszyscy, których interesuje nauka francuska, a zwłaszcza ci, którzy będą mieli szczęście z tych cennych wskazówek korzystać.

A. Puławski.

Wiadomości bieżące.

— Kol. Józef Pawliński, współwłaściciel naszego pisma, został wybrany na członka Akademii Lekarskiej w Paryżu.

— Wyrokiem sądu pokoju został skazany na karę pieniężną jeden z lekarzy warszawskich za niezawiadomienie Urzędu zdrowia o przypadku choroby zakaźnej.

Wina niewątpliwa i niewątpliwie słuszna interwencja władz sądowych. Jednakże przy sposobności tej należy zaznaczyć pewne przyczyny omi-

jania odnośnych zarządzeń władz sanitarnych, przyczyny, które bezwarunkowo powinny być usunięte. Przymusowe przewożenie chorych zakaźnych do szpitali bywa stosowane w czasie ostatnim z całą gorliwością, czasem nawet ze zbędną bezwzględnością. Niestety — nie tylko w tych wypadkach, gdzie izolacja dostateczna chorego w domu jest niemożliwa, a opieka domowa nie budzi zaufania, lecz i w tych, gdzie warunki otoczenia zapewniają możliwość najściślejszego odosobnienia i rozumnej opie-

kj. Gdybyż przytem władze miejskie, zalecając przymusowe przewożenie chorych zakaźnych do szpitali, spełniały w całej pełni swój obowiązek względem tych chorych i zapewniały im w szpitalach dla zakaźnych należyte warunki pobytu i leczenia. Tak, niestety, nie jest. Urządzenia szpitali, zwłaszcza czasowych, dla chorych zakaźnych są dotąd przeważnie wręcz opłakane i chorzy ci, po powrocie do domu, nie mają najczęściej słów oburzenia na określenie warunków przebytej kuracji. Wywołuje to popłoch wśród ludności na tyle silny, że coraz częściej zdarza się, iż rodzina nie decyduje się wezwać lekarza do chorego, którego posadza o cierpienie zakaźne z obawy przed szpitalem i pielęgnuje ognisko zarazy w domu, bądź też wzywa lekarza w okresie późnym choroby, najczęściej tylko do jej następstw, bądź wreszcie, o ile zażąda pomocy w czasie właściwym, błaga rozpaczliwie o niezawiadomianie władz sanitarnych. Stąd—w rzadkich przypadkach uleganie błaganiom, o ile lekarz w sumieniu swem ma przeświadczenie o możności zastosowania w domu chorego zasad profilaktyki. Na warunki te należy wreszcie zwrócić pilniejszą uwagę. Zwalczając sądownie wykroczenia przeciwko zarządzeniom sanitarnym, trzeba sięgnąć do przyczyn właściwych i dążyć usilnie do wyrównania braków szpitalnictwa specjalnego, tak iżby rodziny inteligentne mogły łatwiej, niż dotąd, godzić się na powierzenie drogich sobie osób opiece szpitali publicznych i żeby przymus można było ograniczyć istotnie tylko do wypadków niezbędnych.

— W kwietniu r. b. zawiązane zostało w Włocławku Stowarzyszenie Lekarzy Kujawskich, do którego należą lekarze zamieszkali w ziemi Kujawskiej. Prezesem tego Stowarzyszenia jest kol. Sawicki; wiceprezesem kol. Barcikowski, skarbnikiem kol. Piasecki i sekretarzem kol. Maciejowski. Posiedzenia odczytowe i dyskusyjne odbywają się raz na miesiąc.

— Ze statystyki chorób zakaźnych w Warszawie. Od dn. 19.X. do 25.X 1919 r. było zachorowań: na ospę 3 (w IV i V okręgu—wyłącznie żydzi), na odrę 49 (w tem 24 mężczyzn i 25 kobiet, 40 chrześcian i 9 żydów), szkarlatynę 33 (w tem 15 mężczyzn i 18 kobiet, 24 chrześcian i 9 żydów), dur plamisty 13 (w tem 6 mężczyzn i 7 kobiet, 11 chrześcian i 2 żydów), dur brzuszny 36 (w tem 13 mężczyzn i 23 kobiety, 29 chrześcian i 7 żydów), gorączkę powrotną 7 (w tem 4 mężczyzn i 3 kobiety, 2 chrześcian i 5 żydów), dyfteryt 13 (w tem 6 mężczyzn i 7 kobiet, 11

chrześcian i 2 żydów), dyzenterję 11 (w tem 2 mężczyzn i 9 kobiet, 10 chrześc. i 1 żyd), drętwicę karku 4 (w tem 1 mężczyzna i 3 kobiety, 3 chrześcian i 1 żyd), gorączkę połogową 1 (żydówka). Najwięcej przypadków duru plamistego było: w II i IV okr.—po 2, duru brzusznego w XI, okr.—6 i w III—5, gorączki powrotnej w V okr.—4.

Od dn. 26.X. do 1.XI. 1919 r. było zachorowań: na ospę 1 (w IV okręgu, żydówka), na odrę 93 (w tem 42 mężczyzn i 51 kobiet, 81 chrz. i 12 żyd.), szkarlatynę 14 (w tem 6 mężczyzn i 8 kobiet, 10 chrześcian i 4 żydów), dur plamisty 20 (w tem 15 mężczyzn i 5 kobiet, 11 chrześcian i 9 żydów), dur brzuszny 25 (w tem 7 mężczyzn i 18 kobiet, 21 chrześcian i 4 żydów), gorączkę powrotną 6 (w tem 3 mężczyzn i 3 kobiety, 2 chrześcian i 4 żydów), dyzenterję 6 (w tem 4 mężczyzn i 2 kobiety, 3 chrześcian i 3 żydów), dyfteryt 8 (w tem 5 mężczyzn i 3 kobiety, 8 chrześcian i 1 żyd), drętwicę karku 1 (chrz. kobieta), gorączkę połogową 3 (1 chrz. i 2 żydów). Najwięcej odry było: w II okr.—19, w VI—15, w VII i X—po 10, szkarlatynę w II, XI i XIV—po 2, duru brzusznego V i XI—po 4, gorączki powrotnej w V i VII—po 2.

— Ze statystyki chorób zakaźnych w Łodzi. Od dn. 19. X. do 25. X. 1919 r. było zachorowań: na ospę—, na odrę—, na szkarlatynę 32 (zm. 5) męż. 18, kob. 14, chrześc. 27, żyd. 5; dur plamisty 13 (zm. 3), męż. 7, kobiet 6, chrz. 8, żyd. 5; dur brzuszny 31 (zm. 3) męż. 13, kob. 18, ch. 14, żyd. 17; gorączkę powrotną 1 męż. żyd; dyzenterję 10 (zm. 2) męż. 8, kob. 2, ch. 8, z. 2; dyfteryt 2 chrz. 1 m. 1 k.; gorączkę połogową 2 (zm. 2) chrz.; nagm. zapalenie opon mózgowych 1 (zm. 1). Na gruźlicę zmarło osób 18.

Od 26.X. do 1.XI 1919 było zachorowań: na ospę—, na odrę—, na szkarlatynę 34 (zm. 4) męż. 17, kob. 17, ch. 23 z. 11; dur plamisty 25, m. 11, k. 14, ch. 16, z. 9; dur brzuszny 15 (zm. 3), męż. 5, k. 10, ch. 8, z. 7; gorączkę powrotną 3, m. 1 k. 2, ch. 1 z. 2; dyzenterję 16 męż. 12, kob. 4, chrz. 6. żyd. 10; dyfteryt 9 (zm. 2); gorączkę połogową 1 (zm. 1) ch.; nagm. zapalenie opon mózgowych—; różę 3 męż. żydzi. Na gruźlicę zmarły 24 osoby.

— W szpitalu Św. Ducha w Warszawie wakuje stanowisko lekarza ordynującego w czasowym oddziale urologicznym. Szczegółów co do objęcia tego stanowiska zastępnąć można w wydziale szpitalnictwa (Jasna Nr 1) od 1 do 2 w południe.

TREŚĆ NUMERU.

	Str.		Str.
Władysław Kowalewski. W sprawie leczenia operacyjnego niepowikłanego wypadnięcia odbytnicy u kobiet	505	Odcinek. Choroby weneryczne u prostytutek we Lwowie w czasie wojny 1914—1918 (dok.).	413
Dr med. Aleksander Simon. Uwagi krytyczne z powodu kilku nowszych prac polskich o zapaleniu nerek	509	Dział sprawozdawczy. 37. Wydział lekarski uniwersytetu paryskiego w r. 1919/20	517
		Wiadomości bieżące	519

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

Adres Redakcji i Administracji: Marszałkowska 73. Telefon 26-79.

Administracja otwarta w dni powszednie od 5^{1/2}, do 7-ej.

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”

Gazeta Lekarska w Warszawie rocznie Mk. 54, półrocznie Mk. 27; na prowincyi i za granicą: rocznie Mk. 60 (kor. 120) półrocznie M. 30 (kor. 60). Cena numeru pojedynczego 2 m.

CENA OGŁOSZEŃ w Gazecie za wiersz dwuspaltowy, drobem pismem na stronie pierwszej m. 2.75, na ostatniej M. 2,50 na stronach wewnętrznych okładki M. 2.25.

Ogłoszenia przyjmują: Administracja Gazety Lekarskiej, Biuro Ungra, Wierzbowa 8, Dom Handlowy L. i E. Matzl i Ska Marszałkowska 130, Rudolf Mosse — Marszałkowska 124. W Krakowie H. Faliek — Bonerowska 11.

Na Francję wyłącznie M-r Gray de Gourcy, Paris—Le Vesinet 19 Route de la Plaine.

Oddito czcionkami Drukarni Królowej (W. Krawczyński i E. Egert). Żelazna 89. Tel. 188-70. wum.edu.pl

ZAKŁAD LECZNICZY GRODZISK

cały rok otwarty

godzina jazdy od Warszawy, 30 pociągów dziennie, poczta, telegraf, telefon między miastem w zakładzie.

Hydroterapia, kąpiele świetlne sinusoidalne 4 komorowe, gazowe.

Kuchnia dyetetyczna.

Kierownik Dr B. Malewski.

W Warszawie udziela się informacji tel. 118-42 lub 78-24.

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 m. 2.50.

Polska Krajowa

LOTERYA

= Klasyczna =



Warszawa

R. G. O.

Kredytowa 4.

! Największa Polska Loteria !

70,000 losów, 35,000 wygranych i 17 premii.

Wielka wygrana: 500000 mk.

SUMA
WYGRANYCH
W JEDNEM PÓLROCZU

11 milionów 592,000 mk.

Ciągnięcie klasy IV dn. 4 i 5 listopada.

Co drugi los wygrywa!