Nr 15. Kraków, 13. kwietnia 1918. Rok LVII.

Redakcya: Kraków 9 (Łobzów) Telefon 3105

Administracya: ul. Dunajewskiego 2 Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę odbitek, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 30 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: kwartalnie 7 kor. 6 marek.

Jeden numer osobno kosztuje 70 hal.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Komisya redakcyjna: Przewodniczący: Redaktor główny. Członkowie: prof. dr Krzyształowicz, prezes Tow. lek. krak.; Dr W. Damski, wiceprezes Tow. lek. krak. dr A. Akerman, skarbnik Tow. lek., dr B. Wojciechowski, podskarbi komisyi; dr Blassberg, prof. dr Browicz, prof. dr K. W. Majewski, prof. dr Rutkowski.

Przewodniczący Podkomisyi redakcyjnej w Łodzi Dr S. Sterling (Piotrkowska 111).

DOM ZDROWIA

Konc. przez Wys. c. k. Namiestnictwo

Zakład leczniczy prywatny

w Krakowie

ul. Siemiradzkiego 1.—Tel. 67.

W r. 1906 rozszerzony i zasadniczo przekształcony, uległ w r. 1911 dalszemu znacznemu powiększeniu i udoskonaleniu.

Przyjmuje przypadki chirurgiczne, położnicze, ginekologiczne i inne, z wykluczeniem chorób zakaźnych i ciężkich nerwic. 281

Prospekty na życzenie.

NATURALNA SÓL SZPRUDLA

jest jedynie prawdziwą solą KARLSBADU

Zastrzega się przed falsyfikatami 126

EMANATORYUM RADOWE otwarto w Lecznicy Związkowej w Krakowie, ul. Garncarska 11. 121

Zjednoczone firmy DROBNER-KRAKÓW

Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością.

Dział medyczny: Plac Szczepański l. 3. — Telefon 415. — Adres telegr.: Drobneruniwers.

poleca

Instrumenty chirurgiczne.

Meble operacyjne. 124

Kompletne urządzenia lekarskie.

(Nowo urządzona wystawa medyczna na I p.)

Kosztorysy na żądanie. Kosztorysy na żądanie.

CHEMICZNA FABRYKA GEDEON RICHTER, BUDAPESZT X.

ADIGAN.

Na mianownik fizyologiczny nastawiony jednostajny i równowartościowy przetwór naparstnicy.

Nie wywołuje szkodliwego działania na żołądek.

Osłabienie serca, myocarditis, zaburzenia w wyrównaniu, rozstrzeń serca etc.

Do skutecznego działania naparstnicy potrzeba: 20—30 kołaczyków lub 20—30 cm^3 rozczynu adiganu.

1 fiolka: 20 kołaczyków K 2·50. — 1 flaszeczka: 15 cm^3 rozczynu K 3·80.

HYPEROL RICHTER.

Nadtlenek wodoru w postaci stałej, 125b

zawiera 35% H_2O_2,

Nietrujący. Bez woni. Odwania. Czyści mechanicznie. Działanie bakteryobójcze przewyższa wszystkie przetwory H_2O_2.

Doskonale wypróbowany w chirurgii wojennej.

Znajdzie miejsce w każdem instrumentarium kieszonkowem.

Rurki zawierające 10×1 gr. kołaczyków K —1·60
„ „ 20×1 „ „ „ 2·60.

JODLYSIN LAOKOON

połączenie jodu z peptonem w płynie
1 ccm = 20 kropel = 004 jodu

nie rozszczepia się w przewodzie pokarmowym, lecz dopiero w tkankach, wskutek czego nie sprawia zaburzeń w przewodzie pokarmowym.

Jodlysin według badań **Prof. Dr Bądzyńskiego jest identycznym** preparatem z Jodone Robin.

Wskazania: Astma, choroby mięśnia sercowego, zapalenie stawów chron., zapalenie nerek chron. (nephr. interstit.), otyłość, marskość wątroby, kiła drugo- i trzeciorzędna, reumatyzm, objawy poluet. degenerat. systemu nerwowego, zaburzenia funkcyi gruczołów wewnętrznego wydzielania, zwapnienie żył.

PEPTOFERLYSIN LAOKOON

Organiczne połączenie żelaza w postaci stężonego rozczynu, który w małej objętości zawiera wielką ilość odżywczej substancyi żelazistej.
1 ccm = 20 kropel = 001 Fe

Peptoferlysin jest preparatem identycznym z Peptonate de Fer Robin, zawiera jednak 5 razy większą ilość żelaza od ostatniego.

Wskazania: Blednica, niedokrewność, cierpienia maciczne, nerwowość, ogólne osłabienie, rekonwalescencya.

SPERMIN LAOKOON

essencya i injekcye.

Preparaty identyczne z Spermin Poehl.

Wskazania: Alkoholizm, zwapnienie żył, zapalenie stawów zniekształcające, blednica, drgawki porodowe, choroby serca, histerya, influenca, podagra, spadek sił przed i po operacyach, zapalenie płuc, uwiąd starczy, neuralgia, neurastenia, zapalenie nerek, psoriasis. choroba angielska, reumatyzm przewlekły, róża, skorbut, kiła, tabes i inne schorzenia stosu pacierzowego, gruźlica, tyfus, chroniczne i ostre zatrucia, impotencya.

MAMMID LAOKOON

pastylki à 0·3 i injekcye.

Wskazania: Włókniaki i krwotoki macicy, dolegliwe miesiączkowanie, zapalenie błony śluzowej macicy.

Fabryka chemiczna LAOKOON, Lwów.

Prospekty i wzory darmo i opłatnie. 217

Rok LVII. Kraków, 13. kwietnia 1918. Nr. 15

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKOW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

O znaczeniu klinicznem stałej mocznikowej (constante uréo-sécrétoire — K) Ambarda przy zapaleniu nerek.

Podał [1])

Jan Studziński (Kijów).

Szybki wzrost wiedzy lekarskiej w ostatnich latach, zwłaszcza w niektórych jej gałęziach, uprawnia lekarzy do stawiania coraz większych wymagań klinikom. Obecnie klinicysta przy badaniu chorego na zapalenie nerek nie może już zadowolnić się określeniem drobinowej ilości i ciężaru gatunkowego moczu, jakoteż zawartości w nim białka i składników morfotycznych, lecz musi postawić sobie pytanie, o ile nerki danego osobnika zachowały swą sprawność czynnościową, innemi słowy, o ile one są jeszcze zdolne do pracy. Odpowiedź jednak na to pytanie można otrzymać tylko po ścisłem zbadaniu owej sprawności czynnościowej nerek, które polega na zastosowaniu pewnych ściśle też określonych sposobów badania. Proponowane w tym celu sposoby badania można podzielić na kilka grup. Jedna z nich polega na określaniu ilości drobin we krwi i w moczu; do niej należą: podany przez Schäfera i Koeppego sposób określenia przewodnictwa elektrycznego moczu, uzupełniony później przez Turnera jednoczesnem jeszcze określeniem przewodnictwa elektryczności krwi dla otrzymania tak zwanego »haemo-renal index«; następnie podany przez Koranyiego sposób kryoskopii i podana przez Grobera refraktometrya. Druga grupa sposobów polega na własności wydzielania się przez nerki pewnych ciał barwikowych, przyczem opóźnienie względnie przyspieszenie wydzielenia się barwika ma wskazywać na śródmiąższową lub miąższową sprawę chorobową nerek. Do takich ciał należą podane: przez Acharda i Castaignea błękit metylenowy, przez Lépinea — rozanilina, przez Völckera — indygokarmin, przez Gerathy i Rowntree — fenolsulfonftaleina i t. d. Podstawę trzeciej grupy sposobów badania tworzą również ciała chemiczne, posiadające tę samą własność, co i ciała drugiej grupy, ale nie barwikowe, wskutek czego muszą być wykrywane w moczu zapomocą pewnych odczynów chemicznych. Takiemi ciałami są podane: przez Dyce Duckwortha jodek potasu, przez Schlayera i Takayasu — cukier mleczny, przez Acharda i Delammarrea — florydzyna, przez Guyona i Albarrana — zasadowy węglan żelaza, kwas salicylowy i inne. Zastosowanie wspomnianych sposobów badania pozwoliło już w wielu przypadkach, niestety jednak nie w znacznej większości, określić z pewnem prawdopodobieństwem charakter i stopień sprawy chorobowej w nerkach. Lecz ponieważ sposoby pierwszej grupy nie są dość czułe, do grupy zaś drugiej i trzeciej należą ciała, obce ustrojowi ludzkiemu, wskutek czego z charakteru wydzielania się ich nie zawsze można wnosić o stopniu przepuszczalności nerek dla zwykłych produktów przemiany materyi, przeto spróbowano użyć do badania sprawności nerek tych ciał, które wydzielają się przez nerki i w prawidłowych warunkach. Marischler więc pierwszy zaproponował w celu badania sprawności wydzielniczej nerek wprowadzanie do ustroju w pewnych ilościach chlorku sodu, następnie Albarran zaproponował w tym celu wodę, a Achard i Paisseau — mocznik. Stosowanie atoli i tych sposobów nie zupełnie zadowolniło klinicystów.

Spostrzeżenia kliniczne Widala, że pewne zapalenia nerek przebiegają przeważnie z zatrzymywaniem się w ustroju chlorku sodu, inne zaś — z zatrzymywaniem się produktów azotowych przemiany materyi, skłoniły go do podziału zapaleń nerek na dwie główne kliniczne grupy: na chloremiczną, przebiegającą z zatrzymywaniem się w ustroju chlorku sodu, i na azotemiczną, przebiegającą z zatrzymywaniem się produktów azotowych przemiany materyi. Podział ten, mający obecnie ogromne znaczenie w sprawie dyetetycznego leczenia zapaleń nerek, dopełnił Castaigne przez dodanie jeszcze dwóch grup: hypertensyjnej, przebiegającej ze stałem podniesieniem ciśnienia, będącem w większości przypadków jedynym tylko objawem sprawy chorobowej w nerkach, i białkowej, przy której znowu spotykamy zazwyczaj tylko białko w moczu bez żadnych innych ubocznych objawów. Tę postać »białkową« jeszcze wcześniej wydzielił w osobną grupę Dieulafoy pod nazwą »diabète albumineuse«.

Badając zawartość różnych ciał azotowych we krwi chorych na zapalenie nerek, Widal i Ronchèse znaleźli, że wówczas, gdy we krwi chorych na zapalenie nerek bez azotemii ilość azotu mocznika stanowi tylko koło 80% pozostałego azotu (Reststickstoff) krwi, to z wystąpieniem azotemii stosunek ten wzrasta do 92%—96%, t. j. że prawie wszystek pozostały azot przy azotemii należy do mocznika. Co do kwasu moczowego, amoniaku i innych ciał azotowych krwi, to zawartość ich we krwi z wystąpieniem azotemii wzrasta bardzo mało: tak n. p. ilość kwasu moczowego zaledwo podwaja się, ilość zaś amoniaku wzrasta jeszcze mniej, stosunek więc odsetkowy ich azotu do pozostałego azotu z wystąpieniem azotemii znacznie spada.

Gdy w r. 1829 Bostock i Christison wykryli we krwi chorych na zapalenie nerek wielkie ilości mocznika, wówczas Wilson na podstawie własnych badań, a także spostrzeżeń wyżej wymienionych autorów, stworzył swoją mocznikową teoryę mocznicy. Przeciwko tej teoryi wystąpili Frerichs, Stannius, Pietrow, Bouchard i wielu innych, dowodząc, że występowanie mocznicy u chorych zależy od nagromadzenia się w ich krwi nie mocznika, lecz innych ciał azotowych, mocznik zaś sam przez się nie jest szkodliwy dla ustroju. Tymczasem Widal i Javal, nie przecząc poglądom przeciwników mocznikowej teoryi mocznicy Wilsona, stwierdzają na zasadzie własnych spostrzeżeń, że nerki, niezdolne wydzielać mocznik, są jednocześnie niezdolne wydzielać i inne azotowe produkty przemiany materyi, a więc że zawartość mocznika we krwi danego osobnika jest najlepszym wskaźnikiem sprawności czynnościowej jego nerek, ściślej mówiąc, wskaźnikiem zdolności nerek do wydzielania produktów azotowych przemiany materyi. Mówiąc o zawartości mocznika we krwi, Widal rozumie przez to zawartość mocznika tylko w surowicy krwi, przyczem w warunkach prawidłowych ilość mocznika wynosi 0.15—0.50 gr. na litr surowicy. Mniej więcej takież ilości wskazują i badania innych autorów: i tak, według Straussa zawartość mocznika w surowicy krwi stanowi 0.21‰—0.60‰, a według Hohlwega 0.25‰—0.38‰. Ilości większe od tych wskazują już na pewne zatrzymywanie się we krwi produktów azotowych przemiany materyi, innemi słowy, na pewne obniżenie sprawności nerek. Nadto, jak pokazały spostrzeżenia Widala, według zawartości mocznika we krwi danego chorego lekarz może nie tylko rozpoznać ciężkość danej postaci zapalenia nerek, lecz nawet i rokować co do niego. I tak przy zawartości mocznika we krwi od 0.50‰—1‰ stan chorego nie wzbudza

[1]) Wykład habilitacyjny na stopień docenta kliniki lekarskiej dnia 5/18 marca 1914 roku na posiedzeniu Wydziału lekarskiego Wszechnicy kijowskiej.

żadnej obawy i łatwo poprawia się; chorzy z zawartością mocznika we krwi od 1‰—2‰ rzadko żyją dłużej, niż rok, przy zawartości zaś mocznika we krwi od 2‰—3‰ życie chorych liczy się już na tygodnie, co najwyżej na miesiące, a przy zawartości mocznika we krwi nad 3‰ grozi choremu bezpośrednio niebezpieczeństwo i życie takiego chorego należy już liczyć na kilka dni, lub co najwyżej na kilka tygodni. W ostatnich zaś chwilach życia zawartość mocznika we krwi może dosięgać znacznie większych liczb, jak n. p. 7.6‰ (Widal i Abrami). W pewnych jednak przypadkach zwiększenie się zawartości mocznika we krwi może zależeć poczęści i od ilości wprowadzonych do ustroju ciał białkowych. Bardzo pouczający pod tym względem przypadek przytacza Widal: u jego chorej po wprowadzeniu do ustroju 28.0 grm. białka na dobę zawartość mocznika we krwi wynosiła 0.36‰, po wprowadzeniu 64.0 grm. białka na dobę zawartość mocznika we krwi wynosiła już 0.57‰, po wprowadzeniu 105.0 grm. białka — 1.18‰, a przy wprowadzeniu nadto jeszcze 20.0 grm. mocznika zawartość jego we krwi wzrosła do 1.99‰, t. j. dosięgła liczb, wzbudzających już poważne obawy. Z tego przykładu wynika, że w pewnych przypadkach dla należytej oceny ilości mocznika we krwi powinniśmy uwzględniać rodzaj i ilość spożytych przez chorego pokarmów. Jeszcze ważniejsza jest znajomość sposobu odżywiania się chorego przy ocenie stopnia zmian nerek według ilości mocznika w moczu. Bo chociaż, jak to jeszcze w r. 1807 zaznaczył Brande, mocz, zawierający białko, zawiera w tym czasie bardzo mało mocznika, jednakże przy pewnej ilości mocznika we krwi, a także przy obfitem pożywieniu białkowem, ilość mocznika w moczu może dosięgać liczb prawidłowych pomimo dość znacznych zmian nerek.

Należało więc wynaleźć sposób badania sprawności nerek, przy którymby nie trzeba było wcale brać w rachubę sposobu odżywiania się chorego. Temu wymaganiu, zdawało się, powinno było zadość uczynić jednoczesne określenie zawartości mocznika we krwi i w moczu i z zestawienia otrzymanych danych wytworzenie pewnego wskaźnika przepuszczalności nerek. Rzeczywiście w r. 1904 Nestor Gréhant podał taki wskaźnik, wyrażający stosunek ilości mocznika w 100 ctm. sz. krwi do jednoczesnej ilości mocznika w 100 ctm. sz. moczu. Okazało się wszakże, że zawartość mocznika tak we krwi, jak i w moczu, może podlegać w jednym i tym samym czasie dość znacznym wahaniom, wskutek czego wskaźnik Gréhanta stracił wszelkie praktyczne znaczenie. Uwzględniając ujemne strony wskaźnika Gréhanta, lecz wychodząc z tego samego założenia, co i Gréhant, podał Ambard w r. 1910 swój wskaźnik, t. zw. stałą mocznikową (constante uréo-sécrétoire), otrzymaną za pomocą bardzo złożonych obliczeń, ale mającą być wiernem odbiciem sprawności nerek.

Droga, jaką doszedł Ambard do wytworzenia swojej stałej mocznikowej, była następująca. U pewnego zdrowego osobnika określił on wskaźnik doświadczalnej polyuryi Albarrana i jednocześnie zawartość mocznika we krwi i w moczu, potem co pewien czas wprowadzał temu osobnikowi rozmaite ilości mocznika do ustroju i za każdym razem badał jednoczesną zawartość mocznika we krwi i w moczu. Przypuściwszy zatem, że stopień wydzielania się moczu i zawartość w nim mocznika pozostają w ciągu całej doby takie same, jak w chwili badania, obliczył Ambard ilość mocznika, mogącego się wydzielić w takich warunkach z moczem w ciągu doby i zestawiwszy otrzymane dane, znalazł między niemi zależność, widoczną z następującego przykładu:

	Ilość mocznika w moczu, obliczono na dobę	K, wskaźnik doświadczalnej polyuryi Albarrana	Zawartość mocznika we krwi obliczona	Zawartość mocznika we krwi, znaleziona przy badaniu
Wprowadzono do ustroju mocznika	30	$\sqrt{30} = 5.5 \times 0.065$	$= 0.36$	0.36
	60	$\sqrt{60} = 7.7 \times 0.065$	$= 0.50$	0.50
	92	$\sqrt{92} = 9.6 \times 0.065$	$= 0.62$	0.63
	200	$\sqrt{200} = 14.2 \times 0.065$	$= 0.92$	1.00

Widzimy tu, że pierwiastek kwadratowy z ilości mocznika w moczu, obliczonego na dobę, pomnożony przez pewną stałą wielkość, równa się zawartości mocznika we krwi. Oznaczywszy ilość mocznika w moczu, obliczoną na dobę, przez D (Débit urinaire), stałą przez K (constante), i zawartość mocznika we krwi przez Ur (Urée), otrzymał Ambard pierwsze równanie $\sqrt{D} \times K = Ur$, czyli $\frac{Ur}{\sqrt{D}} = K$. Stąd wynika pierwsze prawo, że przy stałej jednakowej zawartości mocznika w moczu ilość mocznika, wydzielonego z moczem w ciągu doby, pozostaje w stosunku prostym do kwadratu zawartości mocznika we krwi.

Prawo to wszakże zostaje prawem tylko dopóty, dopóki zawartość mocznika w moczu pozostaje stałą, a zmienną jest tylko zawartość jego we krwi, przy odwrotnym zaś stosunku, t. j. przy stałej zawartości mocznika we krwi i przy zmiennej zawartości jego w moczu (zawartość mocznika w moczu Ambard oznacza przez C — concentration) otrzymuje się wzór inny, jak to widzimy na niżej podanym przykładzie dwu dokonanych w pewnych odstępach czasu określeń równoczesnych mocznika we krwi i w moczu u tegoż zdrowego osobnika:

D	C	Ur
33.6	34.8	0.41
48.0	18.1	0.42

Stąd wypada pierwsze równanie $\frac{33.6}{48.0} = \frac{\sqrt{18.1}}{\sqrt{34.8}}$, czyli $\frac{D}{D_1} = \frac{\sqrt{C_1}}{\sqrt{C}}$

Otrzymujemy więc drugie prawo, że przy stałej zawartości mocznika we krwi ilość mocznika, wydzielonego z moczem w ciągu doby, pozostaje w stosunku odwrotnym do pierwiastka kwadratowego z zawartości jego w moczu.

Z tych dwóch praw wynika trzecie ogólne: Gdy zawartość mocznika we krwi i w moczu nie jest stałą, ilość mocznika, wydzielonego z moczem w ciągu doby, pozostaje w stosunku prostym do kwadratu zawartości jego we krwi, a w odwrotnym do pierwiastka kwadratowego z zawartości jego w moczu. Zważywszy następnie, że wielkość nerek zależy do pewnego stopnia od wielkości ciała i że większa nerka w tych samych warunkach wydziela mocznika więcej, aniżeli mniejsza, Ambard przedstawił tę zależność w postaci jeszcze jednego równania, oznaczywszy przez P (Poids) wagę ciała: $\frac{D}{D_1} = \frac{P}{P_1}$.

Określiwszy z pierwszego równania $D = D_1 \times \sqrt{\frac{C_1}{C}}$ i podstawiwszy je w pierwsze równanie, otrzymujemy $\frac{Ur}{\sqrt{D_1 \times \sqrt{\frac{C_1}{C}}}} = K$.

Określiwszy zaś z drugiego równania $D_1 = D \times \frac{P_1}{P}$ i podstawiwszy jego znaczenie w ostatnie równanie otrzymamy

$$\frac{Ur}{\sqrt{D \times \frac{P_1}{P} \times \sqrt{\frac{C_1}{C}}}} = K.$$

Przyjmując następnie za Ambardem zawartość mocznika w moczu w warunkach prawidłowych na 25‰, a wagę ciała na 70 klgrm, i podstawiając te liczby w ostatnią formułkę zamiast C_1 i P_1, to otrzymamy ostatecznie formułkę

$$\frac{Ur}{\sqrt{D \times \frac{70}{P} \times \sqrt{\frac{25}{C}}}} = K.$$

Według Ambarda zaś formułka ta wygląda tak:

$$\frac{Ur}{\sqrt{D \times \frac{70}{P} \times \sqrt{\frac{C}{25}}}} = K.$$

Różnica zależy od tego, że Ambard nieprawidłowo podstawił określone z pierwszego równania D, zamiast D w pierwsze równanie, dalej zaś, przypuszczając, że ma do czynienia z D_1, podstawił jego równoważnik, wyprowadzony z drugiego równania. Aczkolwiek różnica ta nie ma prawie żadnego znaczenia u ludzi zdrowych, u których zawartość mocznika w moczu waha się koło 25‰, to u ludzi, chorych na zapalenie nerek, różnica ta wpływa już znacznie na wielkość K, zwiększając ją; co zależy od tego, że zawartość mocznika w moczu przy zapaleniu nerek jest zwykle niższa, niż w warunkach prawidłowych, t. j. $\frac{C}{25} < 1$, wówczas, gdy $\frac{25}{C} < 1$. Różnica ta jest jeszcze widoczniejsza na następującym przykładzie: Chory miał Ur — 0.52, C — 8.76, D — 35.74 i P — 64.5, skąd K obliczone według wzoru, podanego przez Ambarda, równa się 0.1, według wzoru zaś wyprowadzonego przez nas — 0.064.

Sposób postępowania dla otrzymania wszystkich danych, potrzebnych dla określenia stałej mocznikowej Ambarda, jest następujący. Każemy choremu zrana naczczo oddać mocz i opróżnić pęcherz do ostatniej kropli; chwilę wydzielenia się ostatniej kropli moczu oznaczamy, mocz zaś ten wylewamy. Po 10—15 minutach zapomocą strzykawki lub ciętej bańki bierzemy koło 40 ctm. sz. krwi chorego, a jeszcze po 20—45 minutach, t. j. po upływie $^1/_2$—1 godziny od ostatniego opróżnienia pęcherza, każemy choremu znowu dokładnie opróżnić pęcherz, przyczem teraz ściśle określamy ilość zebranego moczu i czas, za jaki on został zebrany. Następnie określamy wagę chorego — P. W surowicy, otrzymanej z krwi, określamy zawartość mocznika pro mille — Ur. Określiwszy zatem zawartość mocznika w moczu także pro mille — C, obliczamy D w ten sposób: Ponieważ wiemy dokładnie ilość moczu i czas, w ciągu którego tę ilość otrzymano, obliczamy, ile moczu wydzieliłoby się w ciągu doby przy takiej sile wydzielania się i otrzymaną liczbę mnożymy przez C. Podstawiwszy następnie wszystkie te liczby we wzór Ambarda zamiast odpowiednich liter, obliczamy wielkość K, która według Ambarda w warunkach prawidłowych wynosi 0.065, wahając się w granicach od 0.06 do 0.07. W ostatnim jednak czasie za normę jeszcze uważają wahania się wielkości K do 0.08.

Dla większej pewności zupełnego opróżnienia pęcherza, a więc dla ściślejszego zebrania wszystkiego moczu, zalecają niektórzy autorowie obydwa razy cewnikować pęcherz, ponieważ przy zwykłem opróżnianiu pęcherza może w nim zostać część moczu przy pierwszem lub przy drugiem moczeniu, co w znacznym stopniu zmieniłoby wielkość K. Spostrzega się wszakże przypadki, w których chorzy bardzo silnie oddziałują na wprowadzenie cewnika bądź to polyuryą, bądź to oliguryą, co też, jak zobaczymy niżej, nie pozostaje bez wpływu na wielkość K. Niestety jednak u chorych, cierpiących na zatrzymanie moczu, pęcherz może być opróżniony doszczętnie tylko za pomocą cewnika.

Zwiększenie się wielkości stałej mocznikowej — K ponad granice prawidłowe powinno już wskazywać na niedostateczną sprawność nerek odpowiednio do stopnia zwiększenia się stałej. Jednakże, jak poucza doświadczenie, na wielkość stałej mocznikowej pomimo niedostatecznej sprawności nerek w wydzielaniu produktów azotowych przemiany materyi wpływa jeszcze wiele innych warunków, z których jedne zmniejszają wielkość stałej, drugie zaś, przeciwnie, zwiększają ją. I tak, według Legueu moczówka, obecność w moczu białka, chloremiczna postać zapalenia nerek, stale obniżają wielkość K. Tak samo wpływają według spostrzeżeń J. Courmonta, Bouluda, Savy, Blanc-Perdureta, Morela, Mouriquanda i innych chera, zdrowienie po chorobach zakaźnych ostrych, szczególnie zaś schorzenia wątroby. Kliniczne doświadczenie poucza, że znaczne obniżenie się stałej mocznikowej, jako to do 0.05 i niżej, ma pewne znaczenie rozpoznawcze, a mianowicie wskazuje ono według mniemania Legueu na obecność w danym przypadku chloremicznej postaci zapalenia nerek lub też na błąd, popełniony przy obliczeniu stałej Ambarda. Morel zaś i Mouriquand uważają takie obniżenie się się wielkości stałej mocznikowej za niezbity dowód niedostatecznej sprawności wątrdby, natomiast według zdania Chauffarda, Brodina i innych obniżenie się wielkości stałej mocznikowej nie jest jeszcze żadnym dowodem niedostatecznej sprawności wątroby.

Co do warunków, wpływających na zwiększenie się stałej mocznikowej, to należy wymienić: pokarm, zawierający mało soli (Legueu), określenie stałej po spożyciu pokarmu (Ambard), obrzęki (Josué i Bellow), po części ostre choroby zakaźne (Achard i Feuillié, Legueu) i wysokie stopnie azotemii (Achard i Feuillé), najwięcej wszakże zwiększa stałą mocznikową oligurya (Ambard, Picot). Picot n. p. przytacza przypadki, gdzie podczas oliguryi stała Ambarda podnosiła się do 2.8 i nawet do 10.51. Tę ostatnią liczbę spostrzegano u chorego na raka gruczołu krokowego przy Ur — 4.10‰, po 5 zaś dniach u tego samego chorego przy Ur — 4 04‰ stała mocznikowa Ambarda wynosiła już tylko 1.06. Następnie naruszenie równowagi działalności serca u chorych sercowych obniża stałą, a u chorych sercowo-nerkowych zwiększa ją (Josué i Bellow). Również stałe podniesienie ciśnienia krwi w jednych przypadkach obniża stałą (Ch. i N. Fiessinger), w drugich zaś, przeciwnie, zwiększa ją (Aubertin i Pavon, Ch. i N. Fiessinger). Przyczyna tak różnego działania wzrostu ciśnienia krwi na stałą mocznikową nie jest jeszcze dotychczas dokładnie zbadana, a tymczasem większość azotemików cierpi mianowicie na podniesienie ciśnienia krwi.

Jeżeli teraz na podstawie powyższego uwzględnimy, po pierwsze, że określenie stałej mocznikowej ma pewne uzasadnienie tylko w początkowych okresach zapaleń nerek, przebiegających z zatrzymywaniem się we krwi produktów azotowych przemiany materyi, lub tam, gdzie azotemia nie jest jeszcze wyraźna, dla wykrycia, innemi słowy, skrycie czasami przebiegającego zapalenia nerek; powtóre, jeżeli uwzględnimy wszystkie warunki, wpływające na obniżenie względnie zwiększenie wielkości stałej mocznikowej; po trzecie, jeżeli uwzględnimy, że wielkość tej stałej, jak pokazało doświadczenie, nie daje nam należytego pojęcia o stopniu sprawy chorobowej nerek; po czwarte, że przy ocenie zdolności stałej mocznikowej powinno się też uwzględniać sposób odżywiania się chorego, gdyż nerki nie tylko chore, ale nawet względnie zdrowe mają tylko pewien zapas sił, wskutek czego mogą pracować należycie tylko przy stawianiu im pewnych wymagań, indywidualnie określonych; po piąte, że spostrzega się przypadki, w których bywa dość trudno określić stałą mocznikową, ponieważ chory nie wydziela wcale moczu w dzień, ale tylko w nocy; — jeżeli więc uwzględnimy to wszystko, to, — pomimo bardzo korzystnych zdań Legueu, Chevassu, Gayeta i innych o stałej mocznikowej Ambarda w sprawie rozpoznawania skrycie przebiegających azotemicznych postaci zapaleń nerek przy schorzeniach dróg moczowych, — należy przyznać, że znaczenie jej w klinice lekarskiej jest stosunkowo niewielkie, a określenie jej nie wyklucza niestety stosowania innych sposobów określenia sprawności nerek względem wydzielania produktów azotowych przemiany materyi. Albowiem z jednej strony spostrzega się przypadki, gdzie na mocy określenia jednej tylko stałej Ambarda możnaby rozpoznać zapalenie nerek tam, gdzie go wcale niema, z drugiej zaś strony przy stwierdzonem innymi sposobami zapaleniu nerek nie udaje się nietylko rozpoznać postaci i stopnia zmian nerek, lecz nawet ze względu na prawidłową niekiedy wielkość stałej mocznikowej możnaby przeoczyć i samo zapalenie nerek.

Aczkolwiek jednak określeniem stałej mocznikowej Ambarda nie została ostatecznie rozstrzygnięta sprawa dokładnego rozpoznawania niedostatecznej sprawności nerek względem wydzielania azotowych produktów przemiany materyi, nie mniej wprowadzenie stałej Ambarda do nauki należy powitać, jako znaczny krok naprzód w rozwoju czynnościowej dyagnostyki chorób nerek, lecz, jak dotychczas, więcej o charakterze teoretycznym.

(Nadesłano Redakcyi w czerwcu 1914).

Z zakładu ortopedycznego »Marlastern« w c. i k. szpitalu zapasowym w Banjaluce
(Komendant: St. lekarz sztab. Dr. Weisgruber).

O oznaczaniu ciężaru protezy zapomocą oznaczania ciężkości kończyny dolnej.

Podał
Dr. Bolesław Żmigród
kierownik zakładu, st. lekarz posp. ruszenia.

Częste skargi żołnierzy, u których amputowano dolną kończynę, a w szczególności udo, że nosząc protezę łatwo się męczą, że proteza jest za ciężka lub że nie mogą z protezą daleko iść, — są dowodem, iż dla amputowanego ciężar protezy nie jest rzeczą obojętną. Proteza jest — wyłączywszy jej stronę techniczną, — wtedy dobra i do użytku odpowiednia, jeżeli amputowany, nosząc ją, o niej zupełnie zapomina, — podobnie jak człowiek zdrowy nie myśli o tem, że ma n. p. serce, gdyż z chwilą, kiedy on to serce czuje, nie jest ono w porządku.

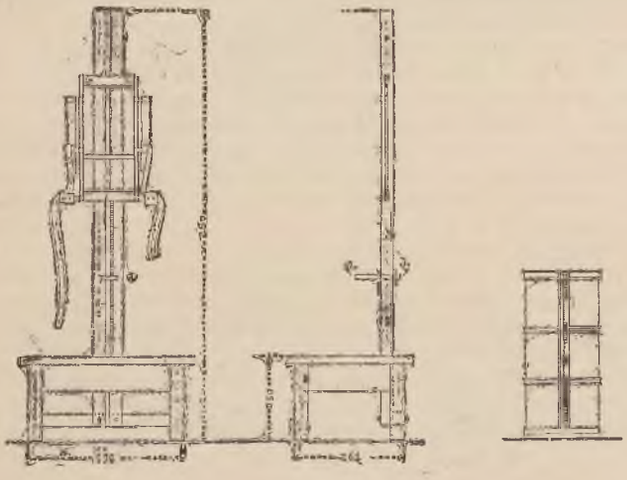
Jak ciężka musi być proteza dla amputowanego uda? By na to pytanie odpowiedzieć, musi się przedewszystkiem przed oczyma mieć cel protezy, a mianowicie, że zastępować ona musi odjętą kończynę pod każdym możliwym względem. Jeśli kończyna była dobrze rozwinięta i silna, co też odpowiada konstytucyi chorego, to proteza może mieć większy ciężar. Im lepiej odżywiony i zbudowany jest osobnik amputowany, im silniejszy ustrój jego ciała, tem cięższa może być część sztuczna, która brakującą zastępuje. Z tego wynika, że ciężar protezy stoi w prostym stosunku do ciężaru amputowanej kończyny dolnej.

Protezy nie można i nie należy dawać według szablonu. W każdym poszczególnym przypadku trzeba uwzględnić ustrój ciała i długość kikuta, w podobny sposób, jak się zwraca uwagę na właściwość kikuta i jego blizn, i należy w każdym przy-

padku przy sporządzaniu protezy indywidualizować. W tym celu trzebaby było prócz długości kikuta i jego obwodu znać jeszcze ciężar amputowanej części, gdyż tylko w ten sposób może amputowany otrzymać nie za ciężką i nie za lekką, a swemu celowi odpowiadającą protezę.

Najłatwiejby do celu prowadziło, gdyby się amputowaną kończynę natychmiast po operacyi zważyło i wynik zapisało w historyi choroby. Amputuje się jednak bardzo często wśród takich warunków, że nie można wymagać od operującego, by w takiej chwili myślał o ważeniu odjętej części kończyny, a zdarzają się nadto przypadki, w których po niejakim czasie musi się ponownie amputować. Są także przypadki, n. p. przy zgorzeli, ropowicy gazowej i t. d., gdzie z odjętej części kończyny nie możnaby wyciągać żadnych wniosków o prawidłowym ciężarze kończyny. W końcu nie należy zapominać, że od chwili operacyi aż do otrzymania protezy tak kikut, jak i zdrowa kończyna, ulega co do objętości z powodu nieużywania rozmaitym zmianom.

Dla oznaczenia ciężaru kończyny amputowanej, — zajmiemy się tylko amputacyami uda, — posługuję się prawem Archimedesa: »Każde ciało, zanurzone w cieczy, traci na ciężarze tyle, ile wynosi ciężar cieczy, wypchniętej przez to ciało«.



Zapomocą przyrządu mierniczego (patrz fig. 1.) oznacza się najpierw oddalenie od obwodowego końca kikuta do podeszwy. Przyrząd ten jest zbudowany podobnie, jak przyrząd, który Hanausek opisał w München. mediz. Woch. 1916 Nr. 23 w pracy pod tytułem: »Przyrządy dla budowy protezy z dokładną oryentacyą«. Przyrząd ten, używany przez nas także przy zakładaniu protez tymczasowych (immediat) z gipsu, składa się z masywnej podstawy, podobnej do nizkiego stołu, (wielkości 0.65 m. : 0.90 m., a wysokości 0.50 m.) i prostopadłego do niej stojaka z dwóch 8×8 cm. szerokich listew, dwa metry ponad płytą stołową, z wewnętrznym 2 cm. szerokim przedziałem i z podziałką centymetrową. W przedziale tym daje się przesuwać płyta drewniana z talerzem blaszanym (a), dająca się zapomocą śruby (b), położonej w tyle, ustalić. Badanego przytwierdza się w górze do ram, dających się w rynience przesuwać na oba boki, przy pomocy rzemieni pod pachami i na brzuchu, umocowanych do ram śrubami. Talerz blaszany podsuwa się pod kikut, ustala z tyłu znajdującą się śrubą, w końcu odczytuje się na skali wysokość brakującej kończyny.

Naczynie z blachy cynkowej, obok naszkicowane (fig. 2), ma z przodu szybkę z podziałką centymetrową dla mierzenia stanu wody, przy większem naczyniu jest w dole także kurek dla odpływu wody. Do opisanego naczynia nalewa się tyle ciepłej wody, aż stan wody równa się wysokości, odczytanej zapomocą talerza blaszanego na przyrządzie mierniczym.

Badany wchodzi do naczynia, w podany sposób przygotowanego, stara się zdrową kończyną stać pewnie na dnie naczynia, zginając równocześnie kikut w biodrze aż do kąta prostego, by nie dotykać powierzchni wody i przez to nie wypierać niepotrzebnie wody. Woda się podnosi wskutek wypierania przez zdrową kończynę. Stan wody odczytuje się na podziałce i z różnicy odczytanych cyfr przed zanurzeniem i po zanurzeniu kończyny badanego otrzymuje się wysokość słupa wody, który pomnożony przez $r^2\pi$, daje nam ciężar wody wypartej.

Naczynie (fig. B) jest okrągłe, średnica (2 r) wynosi 40 cm., przeto promień (r) = 20 cm., z czego wynika, że 1 cm. wysokości słupa wody waży 1257 cm^3. Liczbę tę stwierdziłem także empirycznie przez wlewanie odważonej wody do naczynia.

Dla oznaczenia ciężaru ciała (C) musimy znać prócz objętości wypartej wody (W) jeszcze ciężar gatunkowy (c. g.) ciała, gdyż, jak wiadomo, ciężar ciała równa się ciężarowi wody wypartej pomnożonej przez ciężar gatunkowy ciała, $C = W \times c.g.$

Ponieważ ciężar gatunkowy ludzkiej kończyny dolnej nie był mi znany, a do obliczenia nie miałem pod ręką świeżo odciętej kończyny, byłem zmuszony dla powyższego celu zadowolić się udem wołu, przyczem przygotowany byłem z góry na małe błędy w rachunku, gdyż, jak wiadomo, stosunek kości do mięsa u człowieka jest inny, niż u zwierzęcia. Błąd ten jest jednak bardzo mały, obraca się w setnych i nie może z tego powodu wchodzić w rachubę.

Postępowanie przy oznaczaniu ciężaru gatunkowego było nastepujące: Ważyłem na wadze udo wołu. Ciężar jego (C) wynosił 5600 gramów. Następnie wstawiłem wysoki próżny cebrzyk drewniany, ważący 3350 gr., do niego wstawiłem szeroki garnek, napełniony wodą aż po brzegi, a w końcu włożyłem do garnka odważone udo wole (C). Z chwilą gdy się udo wole w garnku zupełnie zanurzyło, usunąłem garnek i zważyłem cebrzyk wraz z wypartą przez udo wodą (W). Ciężar tegoż wynosił 8350 gr., ciężar zaś wypartej wody (W) ważył 8350 — 3350 = 5000 gr. Wedle podanej formuły: $C = W \times c.g.$, z czego wynika, że: $C.g = \frac{C}{W} = \frac{5600}{5000} = 1{\cdot}12$, przeto ciężar gatunkowy wynosi 1·12.

Dla obliczenia ciężaru odjętej części kończyny mamy obecnie wszystkie dane: znamy ciężar wody wypartej (słup wody $= r^2\pi$) i ciężar gatunkowy ciała : 1·12.

W ten sposób oznaczyliśmy dotychczas u 65 amputowanych ciężar odciętej części kończyny, nadto ważyliśmy protezę roboczą, którą amputowani przywozili skądinąd lub którą w naszym zakładzie dla nich zrobiono. Jako kryteryum wytrzymałości protezy dla uda, — mam na myśli protezę roboczą, którą u ludności wieśniaczej jedynie w rachubę brać należy, — przyjęto przechadzkę z zakładu w klasztorze Trapistów do miasta Banjaluki i z powrotem, to jest razem 13 km., gdyż odległość wynosi $6^1/_2$ km. I zeznaniami inwalidów stwierdzono, że, jeżeli dla któregoś z nich droga była uciążliwa, to wina leżała we względnej ciężkości protezy. Szczególnie ciężkie są protezy robocze jednego zakładu w monarchii, tak, że byłem zmuszony z powodu ustawicznych skarg tych inwalidów, którzy je nosili, przedsiębrać pomiary i tym inwalidom sprawiać inne protezy, lżejsze.

Empirycznie zapomocą pomiarów z jednej strony ciężaru amputowanej części uda, a protezy tegoż osobnika z drugiej strony, stwierdziłem, że proteza nie powinna być cięższą od 42—44% amputowanego uda.

Podane liczby oznaczają najwyższą miarę zdolności noszenia protezy. Poniżej 35% nie powinno się sporządzać żadnej protezy dla uda, gdyż wtedy jest ona za lekka, przez co się łatwo i psuje, a amputowany traci pewność oparcia.

Praktyczne znaczenie mierzenia leży w tem, że już przy zamawianiu protezy roboczej można podać, ile w przybliżeniu ona ważyć powinna. Protezy kosmetyczne są o wiele cięższe, mają jednakże inny cel, z niemi nie robi się zazwyczaj marszów 12-kilometrowych, a powinny być w użyciu właściwie tylko w większych miastach.

Ze szpitala miejskiego »Św. Anny« w Dąbrowie Górniczej

Rana brzucha od uderzenia rogami z wypadnięciem jelit i zgorzelą jelita cienkiego na przestrzeni 50 ctm. Wyzdrowienie.

Opisał

Dr Tomasz Kożuchowski, naczelny lekarz szpitala.

Po przeczytaniu przypadku rany brzusznej, podanego przez kol. Niezabitowskiego i Türschmida, pragnę opisać podobny przypadek, a nawet bardziej powikłany. Dotyczy on wieśniaczki 62-letniej, Katarzyny W. (rok 1915 4/IX).

Wywiady: Chora o godzinie $3^1/_2$ po południu chciała w oborze odczepić krowę od żłobu; krowa chwyciła ją na rogi, podniosła, przerzuciła przez siebie i odrzuciła na 3 kroki. W jaki sposób upadła, chora nie pamięta; gdyż wróciła do przytomności, siedziała w kucki, trzymając oburącz wypadnięte trzewa i wo-

łała o pomoc. Sąsiedzi przenieśli chorą do domu, córka zaś chustką przytrzymywała jelita. Pierwszą pomoc dała chorej sąsiadka, wtłaczając brudnemi rękami trzewa do jamy brzusznej i uciskając je koszulą i ubraniem. W $1^1/_2$ godziny przybył felczer, który zapomocą przegotowanych ręczników włożył jelita do brzucha i założył prowizoryczny opatrunek. Ulokowanie trzew w jamie brzusznej trwało około dwu godzin. W bieliźnie chorej znaleziono sporo kawałków skóry. O godzinie 11 w nocy tegoż dnia przyniesiono na noszach chorą do mnie do szpitala, odległego od miejsca przypadku $5^1/_2$ klm.

Stan obecny: Chora wzrostu średniego, budowy kośćca miernej, odżywiona miernie; tętno 84, dobrze napięte, chora przytomna, opowiada o wypadku. Po zdjęciu prowizorycznego opatrunku następujący obraz: Rana przebiega łukowato, wypukłością zwrócona ku wzgórkowi łonowemu, od lewego górnego przedniego kolca kości biodrowej i nie dochodzi na dwa palce do prawego górnego przedniego kolca. Skóra w strzępach, w wielu miejscach kawałki skóry uległy zgorzeli; mięśnie brzuszne porozrywane poprzecznie, otrzewna poszarpana; przez ranę wydobywają się pętle jelit cienkich; jelita przekrwione, rozdęte. Po przeprowadzeniu odkażenia skóry brzucha, po obmyciu jelit fizyologicznym rozczynem soli kuchennej i usunięciu licznych skrzepów krwi — uniesiono pętle jelit ku górze. Okazało się, iż jelito czcze na przestrzeni 50 ctm. sczerniało, gdyż krezka była zupełnie oderwana; naczynia krezkowe niektóre krwawią dość znacznie. Po podwiązaniu naczyń krezkowych przystąpiłem do resekcyi zgorzelinowego jelita; usunąłem je i zeszyłem jelito cienkie z jelitem grubem przy samej zastawce okrężnicy. Zeszyłem krezkę rozerwaną, a następnie otrzewnę, a raczej, ściślej mówiąc, cerowałem; mięśnie porozrywane zeszyłem; poobcinałem zmartwiałe kawałki skórne i skórę zeszyłem szwami węzełkowymi. Szycie otrzewnej przedstawiało znaczne trudności ze względu na rozdęte jelita; mięśnie zaś i skóra przedstawiały trudności ze względu na poszarpane i nierówne brzegi. Wszystkie szwy nałożyłem katgutowe. Zaszyłem jamę brzuszną na głucho. Operacyi dokonałem w narkozie morfinowo-chloroformowej.

Przebieg: 5/IX. g. 9 rano. Brzuch bardzo wzdęty; tętno 84, ciepłota 36·8, czkawka i odbijanie; wymioty ciemne z odcieniem żółtawym. Samopoczucie dobre. O g. 8 wieczorem rozpuściłem szwy skórne w niektórych miejscach, gdyż wydobywał się płyn ropiasty. 6/IX. wzdęcie brzucha większe; tętno 80, ciepł. 36·7. Samopoczucie dobre. Wstrzyknąłem 0.01 fizostygminy podskórnie. O godz. 6 wieczór chora zaczęła wymiotować ziemniaki i kaszę dość często; wymioty trwały przez godzinę, poczem chora uczuła znaczną ulgę. 7/IX. ciepłota prawidłowa, tętno 92; wstrzyknięto wieczorem 0.01 fizostygminy; w godzinę po wstrzyknięciu chora uczuła silne burczenie w kiszkach i zaczęła oddawać gazy, co trwało koło 2 godzin z małemi przerwami. Wzdęcie ustąpiło, chora zasnęła. Wymiotów nie było. 8/IX. Chora spała całą noc; ciepł. 37.4, tętno 76; rano gazy zaczęły obficie odchodzić. Samopoczucie dobre. Zmiana opatrunku: szwy mięśniowe trzymają dobrze, tylko z pod skóry wydobywa się obficie ciecz ropiasta; wyjodynowano i założono setony z gazy. 12/IX. Stan chorej dobry, gazy odchodzą; chora prosi o jedzenie, gdyż odczuwa silny głód. Stan bezgorączkowy, chora usilnie chce wstać. 15/IX. Chora oddała bardzo obfity stolec, koło $1^1/_2$ litra. 17/IX. Chora w nocy wstała i o własnej mocy przeszła przez salę do ustępu w korytarzu. Stan bezgorączkowy. Rana dość szybko ziarnkuje. Dnia 10/X. t. j. w 35 dni po wypadku, opuszcza chora szpital z raną wygojoną; jak następnie się dowiedziałem, a w tydzień po wyjściu ze szpitala kopała wraz z rodziną kartofle. Kobietę tę widziałem przed rokiem, — stan bardzo dobry; niema żadnej skłonności do przepukliny, żadnych bolów w jamie brzusznej; chora miała polecone noszenie pasa, który sobie sama uszyła z płótna.

Pomimo starannego odkażenia przedoperacyjnego i zachowania możliwej aseptyki podczas operacyi, byłem przekonany, iż wystąpi zapalenie otrzewnej i przypadek będzie stracony, gdyż do czasu przyniesienia chorej do szpitala wszystko uczyniono, aby ranę zakazić. Zwątpiłem o chorej również ze względu na wiek, na znaczną utratę krwi, wreszcie i zabieg operacyjny trwał przeszło $1^1/_2$ godziny.

W przebiegu leczenia okazało się, iż w skórze, która, jak zwykle, najtrudniej daje się odkazić, powstało ropienie; mięśnie i otrzewna przetrzymały zakażenie. Szczęśliwy przebieg przypisuję silnemu organizmowi chorej, gdyż, o ile doświadczenie szpitalne wykazuje, wieśniacy bardziej są odporni na wszelkie cięższe zabiegi i zakażenia od mieszkańców miasta, a należy przypuścić, iż bakterye w ścieśnionych środowiskach muszą być bardziej złośliwe i powietrze więcej zakażone.

W moim przypadku upada przypuszczenie, iż ucisk trzew, wypadłych przez wązki otwór rany w otrzewnej, wywołuje znaczne przekrwienie, któreby zabezpieczało przeciwko zakażeniu choćby tylko na parę godzin, gdyż rana była 1) bardzo szeroka i długa, 2) wypadły wszystkie jelita cienkie i odsłonięte były grube — i stale przez cały czas prawie pozostawały wolne nazewnątrz, 3) uległo zgorzeli jelito na przestrzeni 50 ctm., 4) operacya była dokonana w 7 godzin po wypadku.

Uwagi w sprawie reformy studyum lekarskiego.

Podał*)

Prof. Dr Antoni Cieszyński.

Sprawa reformy studyum lekarskiego powinna koniecznie być przedyskutowana jak najgruntowniej, a w dyskusyi wziąść powinni udział także lekarze sami, albowiem oni w życiu swojem praktycznem najbardziej odczuwają braki, powstałe z wadliwego sposobu nauczania. W sprawach zaś poszczególnych specyalności lekarskich powinni głos zabrać przedstawiciele odpowiednich katedr uniwersyteckich i wybitni specyaliści-praktycy.

Wszyscy zdajemy sobie żywo sprawę z tego, że studyum lekarskie obecne nie stoi na poziomie idealnym, że czas studyów nie odpowiada bynajmniej rozrostowi nauki lekarskiej, że słuchacze medycyny są wprost przeciążeni pracą, że egzaminy obecne przeszkadzają normalnemu przebiegowi studyów, a końcowe egzaminy nie dają gwarancyi, że przyszli lekarze opuszczają uniwersytet wykształceni dostatecznie. Zarzut ostatni skierować należy przeważnie przeciw specyalistom, wobec tego, że niema żadnych przepisów co do trwania ich studyów uzupełniających w odnośnej gałęzi medycyny, a wiedza ich w danej specyalności nie zostaje skontrolowana egzaminem. Najczęściej spotykamy niedostateczne specyalistyczne przygotowanie w dentystyce, dla której poświęca się niestety nieraz tylko 4—6 miesięcy, zamiast 4 półroczy. Czas zaś krótki, zużyty na studya przygotowawcze, nie może wystarczyć na dostateczne zapoznanie się z daną gałęzią medycyny.

Zanim przystąpię do programu studyów lekarskich, chcę podać kilka uwag, odnoszących się do dopuszczania słuchaczy na studyum lekarskie ze względów ogólno-społecznych i do przygotowania kandydatów pod względem osobistej zręczności, tak potrzebnej każdemu lekarzowi.

Stwierdzoną jest rzeczą, że każdy uniwersytet dopłaca na każdym słuchaczu. Powinno się zatem utrudniać przystęp do studyów takim jednostkom, które albo studyum nie kończą, albo też ze studyów swych w życiu nie korzystają. Nawet najzagorzalszy zwolennik ruchu feministycznego przyzna, że większa część słuchaczek n. p. na wydziale filozoficznym nie korzysta później z przebytych studyów, przeważnie wychodząc za mąż, a tem samem zabiera miejsce słuchaczom, potrzebującym nauki tej dla życia i społeczeństwa, a zaniedbuje, oddając się studyum uniwersyteckiemu, przygotowanie się należyte do życia codziennego i rodzinnego. Ażeby ta strona życia, tak ważna ze względów społecznych, nie została zaniedbaną, powinno się żądać od słuchaczek wszystkich wydziałów ukończenia jednorocznego praktycznego kursu gospodarskiego i pielęgnowania niemowląt, względnie 6 kursów dwumiesięcznych, odbytych podczas wakacyi w odpowiednich zakładach, ewentualnie podczas wakacyi gimnazyalnych.

Od wszystkich kandydatów i kandydatek, zapisujących się na pierwsze półrocze medycyny, żądać należy wykazania się, że odbyli przynajmniej 2-miesięczny kurs mechaniki i elektrotechniki w warsztacie fabrycznym, ażeby uniknąć nieumiejętnego obchodzenia się z aparatami, z którymi się stykają podczas ćwiczeń i później podczas praktyki lekarskiej, nauczyć ich zręczności, potrzebnej lekarzowi. Niezręczność, z jaką trzeba walczyć podczas zajęć praktycznych, szczególnie u słuchaczek, przechodzi wszelkie pojęcia. Pochodzi to stąd, że dziewczęta, mające zamiar uczęszczać na uniwersytet, odnoszą się do wszystkich zajęć kobiecych z lekceważeniem, nie umieją nawet najprostszej rzeczy zaszyć i nie zapoznają się nawet z najprostszemi narzędziami, jak młotek, dłuto i obcęgi, do których chłopcy rwą się już w latach dziecinnych. Przez pracę w warsztatach fabrycznych poznają

*) Artykuł niniejszy został za zgodą autora skrócony przez Redakcyę z powodu braku miejsca.

kandydaci potrzebę warunków hygienicznych podczas pracy, będą z większem zrozumieniem śledzić wykłady hygieny, potem gorliwiej idee hygieny propagować.

Ażeby utrzymać odpowiedni stosunek liczebny, należy zaprowadzić »numerus clausus« dla słuchaczek, które obecnie podczas wojny gromadnie zapisywały się na studya lekarskie. Dla kobiet powinno się polecić przeważnie takie specyalności, jak położnictwo, laryngologię, otologię, dentystykę, okulistykę i pedyatryę, — a wykluczyć je z góry z działu chirurgicznego, któremu siły fizyczne kobiety nie sprostają.

Ażeby załatwić się z wielkim materyałem naukowym, rosnącym z roku na rok, musi studyum być ujęte w ścisły program, a rok akademicki trwać jak najdłużej, kształcenie zaś musi być jak najbardziej celowe. Dlatego też potrzebna jest radykalna zmiana podziału roku akademickiego. Półrocza powinny być bezwarunkowo równe i najwyżej liczyć się z warunkami klimatycznymi (letnie od 1. II.—15. VII., egzaminy najdalej do 30. VII.; zimowe od 15. IX. do 15. I., egzaminy do 15. I.). Studya (rzeczywista nauka) powinny trwać, razem wziąwszy, przynajmniej $8^1/_2$ miesiąca, wakacye zaś wszystkie razem zliczywszy, $3^1/_2$.

Wogóle powinien być przeprowadzony system nauczania w pojęciu szkoły, z obowiązkiem uczęszczania na wykłady. Ażeby umożliwić lepszą kontrolę, powinien każdy słuchacz mieć wyznaczone swoje stałe miejsce. Przy wykładach sześciogodzinnych powinno się odbywać repetytoryum w formie kolokwium w godzinach wykładów co 2 tygodnie, przy trzygodzinnych i mniej godzin tygodniowo obejmujących — co miesiąc, ażeby profesor mógł stwierdzić, czy słuchacze posiedli podstawy dostateczne, by mogli z korzyścią słuchać wykładów dalszych. W ten sposób wytworzy się zarazem silniejszy kontakt między profesorem a słuchaczami; profesorowie zaś lepszy będą mieli pogląd na wiadomości swych uczniów, aniżeli to jest możliwe przy końcowych egzaminach. W końcu przekonają się profesorowie, czy liche postępy nie tłumaczą się często wadliwą metodą nauczania. Ewentualne braki, które się stwierdzi, mogą być wówczas uzupełnione w wykładach następnych. Repetytorya będą jednak zbyteczne, o ile równorzędnie z wykładem odbywają się ćwiczenia praktyczne, na których docenci mogą stwierdzić wiadomości słuchaczy. Wprowadzenie systemu szkolnego do studyów lekarskich przyczyni się niewątpliwie do większej sumienności ze strony słuchaczy, do zwiększenia poczucia obowiązku i wyrobienia ciągłości i wytrwałości w pracy.

Bezwarunkowo trzeba dążyć do tego, ażeby słuchacze stale uzupełniali swą wiedzę, a nie doraźnie ze względu na potrzeby egzaminowe. Długie przerwy między egzaminami z poszczególnych przedmiotów powinny być niedozwolone w egzaminach. Egzaminy odbywać się powinny w grupach w porządku alfabetycznym w ostatnich tygodniach półrocza. Przez skumulowanie przedmiotów podczas pierwszego i drugiego egzaminu umożliwimy słuchaczom pewną syntezę wiadomości z różnych przedmiotów. Jedyną ulgą, jaką należałoby wprowadzić, byłoby ograniczenie wykładów, objętych programem w półroczach przedegzaminowych, do 30 godzin tygodniowo włącznie z ćwiczeniami. Poprawki z egzaminów muszą być złożone w pierwszych 10 dniach po rozpoczęciu półrocza. Do tegoż terminu najdalej mogą być uwzględnione wpisy. Czasu więcej potrzeba tylko dla ostatniego rygorozum (w 13. półroczu) z nauk klinicznych, które powinno obejmować egzamin praktyczny zarówno jak i pisemny. Słuchacze, w grupach po 5, składaliby przedmioty poszczególne z przerwami najwyżej trzydniowemi. Po ukończeniu studyów otrzymają słuchacze tytuł lekarza i prawo do wykonywania praktyki. Stopień doktora medycyny zależny być powinien od napisania i obrony rozprawy naukowej.

Wychodząc z założenia, że głównem zadaniem wydziału lekarskiego jest przygotowanie słuchaczy do praktyki lekarskiej, dojdziemy do wniosku, że profesorowie utrzymywać powinni kontakt z praktyką codzienną, która im ciągle uświadamiać będzie potrzeby lekarza-praktyka. Niemniej powinni jednakowoż słuchacze posiadać dostateczne podstawy teoretyczne. System francuski, według którego otrzymują słuchacze wiadomości teoretyczne od wydziału lekarskiego, w szkołach zaś lekarskich praktyczne wykształcenie, uważam za drogę nie najkrótszą i nie najszczęśliwszą, brak jej bowiem sharmonizowania teoryi z praktyką.

Co do przedmiotów, to zamiast zoologii (cf. prof. Browicz) proponowałbym anatomię porównawczą; poza tem 2-godzinny wykład z ćwiczeniami z antropologii. Należałoby poświęcić więcej czasu mikrobiologii i serologii, albowiem nauka ta coraz ważniejszą rolę odgrywa w ogólnej terapii. W półroczach klinicznych zaś powinno się zwrócić większą uwagę na chirurgię w zakresie potrzebnym lekarzowi-praktykowi na prowincyi, na zdobycze rentgenografii i rentgenoterapii i na zasady ortopedyi. Wielki nacisk położyć się powinno na hygienę szkolną i życia codziennego. Naukę hygieny połączyć się powinno z wycieczkami do instytucyi asanacyjnych.

Obecne studyum lekarskie nie uwzględnia dostatecznie dentystyki, która przecież tak konieczna jest lekarzowi praktycznemu. Każdy lekarz powinien umieć rozpoznać choroby zęba, usunąć doraźną pomocą ból, ażeby nie zawsze uciekać się musiał tylko do wyjęcia zęba, jako jedynego środka leczniczego. Potrzeba tu wykładu i ćwiczeń przez jedno całe półrocze (3 godziny tygodniowo). W takim kursie zapozna się słuchacz z najważniejszymi rękoczynami i dyagnostyką, nie uzyska jednakowoż jeszcze wiadomości, potrzebnych specyaliście, t. j. lekarzowi-dentyście. Dentystyka powinna być w końcu przedmiotem egzaminacyjnym podczas ostatniego rygorozum. Przez zapoznanie słuchaczy chociaż tylko w grubszych zarysach ze stomatologią wzbudzimy w nich zainteresowanie dla tego przedmiotu i uzyskamy, że tej specyalności będą się w przyszłości poświęcać jednostki lepsze, aniżeli dotychczas; wiemy przecież dobrze, że obecnie przeważna liczba lekarzy-dentystów rekrutuje się z tych lekarzy, którym się albo w praktyce ogólnej, albo też w innej specyalności nie powodziło.

Ażeby dać słuchaczom możność wykształcenia wszechstronnego i w kierunku praktycznym, powinny być zakłady lekarskie i polikliniki otwarte podczas wakacyi. Równocześnie mogą się odbywać repetytorya dla słuchaczy przez asystentów i obowiązkowe kursy uzupełniające dla lekarzy.

Jak już wspomniałem na wstępie, powinno być zadaniem wydziału lekarskiego wykształcenie także lekarzy-specyalistów. Dlatego też zakłady uniwersyteckie powinny być w tym kierunku urządzone. W poszczególnych specyalnościach powinien być ustalony program studyów dodatkowych. Zarazem powinien być podany minimalny czas, po upływie którego może lekarz przystąpić do egzaminu ze swej specyalności przed osobną komisyą.

Dla lekarzy dentystów, okulistów, otyatrów, laryngologów, byłoby można skrócić podczas półroczy klinicznych przygotowanie z nauki chirurgicznej, wewnętrznej, położnictwa i ginekologii i zastosować wykłady i pokazy z tych przedmiotów do potrzeb danych specyalności. W ten sposób mogliby w tych specyalnościach z 13. półroczem opuścić słuchacze uniwersytet z patentem specyalisty. Dla lekarzy, chcących się habilitować jako docenci, wymagać się natomiast powinno, nawet gdyby przeszli tylko skrócone studyum z tych specyalności, całkowitego studyum lekarskiego.

Ażeby wyrobić większy szacunek dla nauki u słuchaczy i społeczeństwa, powinno być czesne znacznie podwyższone; wiadomo, że ludzie nie cenią sobie tego, co pobierają za darmo albo tanio. Przez pobieranie czesnego do pewnej wysokości poprawi się i byt profesorów, którym czesne powinno być wypłacane. Także i taksy, pobierane za zużycie materyałów w pracowniach, powinny być podwyższone, ażeby zapewnić w ten sposób fundusze na lepsze zaopatrzenie pracowni w przybory potrzebne.

Wszystkie stypendya powinni otrzymywać słuchacze tylko w charakterze pożyczki bezprocentowej, zwrotnej po dojściu do stanowiska. Natomiast należy zaprowadzić udzielanie zwłoki w opłacie czesnego, (t. zw. »Stundung«, jak to jest na uniwersytetach niemieckich). Stypendya bezzwrotne mają racyę bytu tylko wówczas, o ile zostają udzielane asystentom i docentom na uzupełnienie i pogłębienie studyów.

Usilne zajmowanie się studentami, mające na celu kształcenie ich do życia praktycznego, wymaga niewątpliwie bardzo wiele czasu ze strony docentów, którzy odrywani zostają tem samem od badań naukowych. Dlatego też powinna być liczba profesorów i docentów powiększona, a byt ich materyalny polepszony. Wszyscy docenci powinni być honorowani. Ponieważ niektóre przedmioty powinny być wykładane co półrocze, należy zwiększyć ilość profesorów, którzyby temat ten sam mogli na zmianę wykładać. Wykładanie tej samej rzeczy co pół roku jest dla docenta nie tylko męczące, ale wprost zabijające pod względem intelektualnym.

Koło każdej katedry skupia się grono profesorów i docentów, związanych przedmiotem swych wykładów z tąż katedrą. Sharmonizowanie w programie wszystkich wykładów jednego przedmiotu nastąpić musi po wspólnem porozumieniu; kierunek zaś wspólnej pracy nadawać powinien profesor, któremu oddano katedrę.

Co 5 lat następuje przez osobne komisye stwierdzenie wyników dydaktycznych i naukowych wszystkich docentów i albo oddanie drogą wyboru katedry nowemu profesorowi, albo po-

zostawienie jej dawniejszemu kierownikowi. W ten sposób wytworzy się atmosferę szlachetnego współzawodnictwa pracy i umożliwi się siłom młodszym o wybitnych kwalifikacyach dojście do katedr. Jeżeli będzie się wybory te przeprowadzało systematycznie co 5 lat, kierownicy katedr nie będą się czuli pokrzywdzeni, tak, jak rektor nie czuje się pokrzywdzonym, gdy ustąpić musi po roku nowemu. Jeżeli zaś komisya dojdzie do wniosku, że którykolwiek z wykładających nie wypełnił swych obowiązków, będzie jej obowiązkiem zaproponować przejście tego członka wydziału w stan bierny z połową pensyi, ażeby w ten sposób miejsce jego mogło być zajęte przez siłę nową o większych kwalifikacyach. Zdaję sobie z góry sprawę z tego, że projekt ten, jako bardzo radykalny, spotka się z krytyką bodaj u większości kolegów. Ale z punktu widzenia dobra społecznego prowadzi projekt ten do celu i gwarantuje uniwersytetowi zawsze jak najlepsze siły.

Po 5 latach pracy powinien mieć każdy docent prawo do jednorocznego urlopu na studya dalsze, ile możności zagranicą. Otrzymując w tym celu stypendyum, wziąłby zarazem na siebie obowiązek ogłoszenia drukiem pracy poważniejszej z tegoż czasu. W ten sposób wzbogacałaby się stale nauka lekarska polska zdobyczami innych narodów; utorowałoby się tem samem drogę do szybkiego postępu nauki polskiej.

W końcu chciałbym jeszcze zwrócić uwagę na jeden postulat, który się odnosi do kandydatów na docentów wszystkich wydziałów. Otóż wszyscy docenci powinni bezwarunkowo posiadać dar wymowy i nauczania, a ewentualne braki w tym kierunku powinni usunąć za pomocą odpowiednich kursów. Pamiętamy dobrze z czasów swoich uniwersyteckich, jaką korzyść odnosiliśmy z »odczytów« monotonnym głosem, które nie mogły wzbudzić żadnego zainteresowania. Technika wymowy powinna być wykładana na każdym uniwersytecie, a kandydat na docenta powinien wykazać się, że przeszedł kurs taki. Poza tem powinni się zapoznać docenci z metodami dydaktycznemi. Dotychczas oryentował się każdy sam na podstawie obserwacyi i doświadczeń z dawnych swoich studyów. Sprawa ta powinna być jako osobny przedmiot w uniwersytecie nauczana, a moglibyśmy wówczas uzyskać lepsze siły nauczycielskie.

Od docentów wydziału lekarskiego wymagać się powinno koniecznie znajomości rysunku, albowiem prawie wszystkie wykłady wymagają tej metody nauczania podczas wykładu.

W sprawie epidemii kiły na Pokuciu.

Napisał

Dr Natan Milgrom (Kosów).

Na Pokuciu, szczególnie w powiecie kosowskim, panowała od szeregu lat endemia kiły. Kiłę przywlokły w te strony wojska rosyjskie, dążące w r. 1848 przez Karpaty do Węgier. Obecnie zaś też same wojska, dążące w innym celu przez Karpaty do Węgier, przyczyniły się do wzmożenia się kiły na Pokuciu, tak dalece, że można śmiało mówić o epidemii kiły w powiecie kosowskim.

O rozmiarach tej epidemii nikt nie może mieć pojęcia, kto nie był w tutejszych stronach. Wszystko, co się słyszy i czyta o rozmiarach, jakie przybrały choroby weneryczne, w szczególności zaś kiła, w wielkich centrach podczas wojny, jest niczem wobec tego, co się tutaj dzieje. Nie ma dnia, w którymby do mnie nie zgłosił się chory na kiłę. Na 5 chorych, zgłaszających się do mnie w godzinie ordynacyjnej, 2—3 cierpi na kiłę. 60% chorych, leczonych w szpitalu powszechnym w Kosowie, cierpi na kiłę. Prowizoryczna rewizya, dokonana przezemnie jako pełniącego czynności lekarza urzędowego w Kosowie, wykazała u 7—8% badanych kobiet kiłę w postaci najbardziej zakaźnej, zaś u 30—40% badanych kobiet wiewiór ostry lub przewlekły.

Najgorsze są objawy kiły drugorzędnej w jamie ustnej, gdyż powodują one zwykle zarażenie całej rodziny z powodu zwyczaju jadania z wspólnej miski, wspólną łyżką, panującego w tutejszych okolicach. Wskutek tego też zdarza mi się często, że stwierdzam kiłę u całej rodziny, a więc u matki, babki i dzieci, u wszystkich w jamie ustnej lub w krtani, u matki zaś oprócz tego w częściach rodnych jako źródło złego. Obraz taki musi wstrząsnąć każdym czującym człowiekiem do głębi, zwłaszcza, jeśli się widzi biedne dzieci, cierpiące formalne katusze z powodu zmian chorobowych w jamie ustnej i starą babkę, z rozpaczą dopytującą się, skąd spadło na nią i na rodzinę takie nieszczęście! Prawie każdy osesek cierpi na dziedziczną kiłę, szczególnie zaś w górskich wsiach powiatu, poznać to natychmiast po sposobie ssania oseska: rodzaj sapania, powstałego wskutek zwężenia jam nosa przez zmiany kiłowe.

Charakterystyczne jest, że bardzo rzadko spotyka się objawy nerwowe. Na setki chorych, leczonych przezemnie, nie spotkałem ani jednego przypadku wiądu rdzenia, ani porażenia postępującego, a jeden jedyny przypadek zaniku nerwu wzrokowego. Przyczyna leży prawdopodobnie w tem, że u mieszkańców miast układ nerwowy jest więcej i silniej w użyciu, wskutek tego mniej odporny, aniżeli u mieszkańców gór i wsi.

Jakie skutki mieć musi taka epidemia dla zdrowotności mieszkańców powiatu, może sobie każdy lekarz żywo wyobrazić: zwyrodnienie ludności, namnożenie się matołków, wielka śmiertelność osesków i dzieci, częste poronienia i t. d., — wszystko objawy, których zwalczaniem zajmuje się obecnie cały świat lekarski; u nas zaś niestety zaniedbuje się tak ważny dział higieny publicznej.

Już przed wojną rząd zajął się zwalczaniem kiły w powiecie kosowskim, stwarzając ekspozytury dla zwalczania kiły w powiecie. W tym celu delegowano osobnych lekarzy, mających za zadanie zwalczanie kiły już to w specyalnie w tym celu zbudowanym szpitalu w Zabiu, już też przez regularne dojazdy do zarażonych miejscowości i rozdawanie lekarstw między ludność. Przytem rozdawano przeważnie szarą maść. Ten sposób zwalczania nie osiągnął jednakowoż swego celu z trzech powodów: 1). Osoby zarażone, pozostając na wolności, zarażały w dalszym ciągu swoje otoczenie. 2). Leczenie tak mozolne, jak wcieranie rtęciowe, trwające tygodniami, wymaga wielkiej cierpliwości ze strony lekarza i chorych i ustawicznej kontroli lekarskiej. Już często występujące rtęciowe zapalenie dziąseł zniechęcało ludność do niego. 3). Brak przymusu.

Obecnie, kiedy epidemia przybrała znaczne rozmiary i staje się groźną, należy domagać się energiczniejszej akcyi w tym kierunku; a mianowicie wybudowania stałych szpitali w okręgach zarażonych (szpital w Zabiu uległ zniszczeniu), przymusowego leczenia i internowania zarażonych w tych szpitalach aż do zupełnego wyzdrowienia, zaopatrzenia tych szpitali we wszystkie potrzebne przybory, a przedewszystkiem w odpowiednio wykształcone siły lekarskie i w odpowiednie bakteryologiczno-serologiczne stacye badawcze. Podobnie jak racyonalne zwalczanie duru lub innej choroby zakaźnej nie da się osiągnąć w inny sposób, jak tylko przez skoncentrowanie chorych w szpitalu, — podobnie i w tym wypadku tylko leczenie szpitalne doprowadzi do wygaśnięcia tej groźnej epidemii, — oczywiście przy użyciu przymusu badania i leczenia. I jedno i drugie jest konieczne.

Przy szerzeniu się ospy w r. 1915/16 nie pytano się o to, czy wolno przymuszać do szczepienia, lecz użyto wszelkich środków, by jaknajwięcej ludności zaszczepić. Przy zwalczaniu kiły byłoby to zapewne także możliwe, jednakże właściwiej będzie stworzyć podstawę prawną dla przymusowego leczenia i badania.

Wiadomości bieżące.

Rząd Królestwa polskiego uczynił krok niezmiernie doniosły pod względem społeczno-higienicznym i wypełnił jeden z najważniejszych nowoczesnych postulatów przez utworzenie samodzielnego ministerstwa zdrowotności publicznej i opieki społecznej i przez oddanie steru tego ministerstwa w ręce lekarza.

Takie rozwiązanie zagadnienia, które zawsze należało do najważniejszych, a którego znaczenie wojna tylko dobitniej uwydatniła, musi się spotkać z jak najżywszem uznaniem powszechnem, w pierwszym rzędzie w kołach higienistów i lekarzy, daje zaś prawo do wielkich nadziei w pomyślne wypełnienie nasuwających się zadań, od którego w mierze olbrzymiej zależy przyszłość narodu.

Ministrem zdrowotności publicznej i opieki społecznej mianowany został Dr. Witold Chodźko, dotychczas dyrektor służby zdrowia publicznego w Ministerstwie spraw wewnętrznych.

Dr. Chodźko, urodzony w r. 1875, po ukończeniu studyów lekarskich poświęcił się psychiatryi i neurologii i zdobył sobie imię publikacyami z tego zakresu. Jako talent organizacyjny dał się poznać na stanowisku dyrektora zakładu dla obłąkanych w Kochanówce pod Łodzią. W ostatnich latach był ordynatorem

szpitala św. Jana Bożego w Warszawie, a wszedłszy do Rady miejskiej warszawskiej, objął w niej referat spraw sanitarnych, któremi już dawniej żywo się zajmował. W powstających biurach Rządu polskiego objął też zrazu referat, a potem główne kierownictwo spraw zdrowotnych.

Pierwszemu polskiemu Ministrowi zdrowia towarzyszą przy objęciu urzędu gorące życzenia ogółu lekarzy polskich, aby trudne swe zadanie zdołał wypełnić z jak największym dla Ojczyzny pożytkiem.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło d. 10. IV. posiedzenie, na którem doc. dr. Mayer miał wykład o rentgenologicznem rozpoznawaniu gruźlicy płuc.

— Najnowsze rozporządzenie ministeryalne postanawia, że w roku bieżącym będzie zaopatrzonych w żywność tylko 16 zdrojowisk i uzdrowisk w całej Austryi, a z galicyjskich tylko Zakopane. Rozporządzenie wychodzi z tego stanowiska, że prawo do urzędowego przydziału żywności mają tylko miejscowości »lecznicze«, a nie mają go »letniska«. Ciekawe daje to świadectwo o zasobach wiadomości czy też o zasobach.... dobrej wiary i woli owej konferencyi międzyministeryalnej, która była podstawą rozporządzenia, a pośrednio o wiadomościach czy też dobrej woli Ministerstwa sanitarnego austryackiego! Pomijając nawet osobliwą argumentacyę, która zdaje się do »letnisk« zaliczać należące do najlepszych w Europie solanki, szczawy alkaliczne i t. p., jeżeli na swe nieszczęście leżą w Galicyi, niepodobna nie zdumieć się, że do tych zdrojowisk, które nie będą aprowidowane, zaliczył rząd — swoją własność i źródło dochodów, Krynicę!

Rozporządzenie rządowe jest nowem pokrzywdzeniem Galicyi i jej ludności. W obronie naszych zdrojowisk powinny też wystąpić zarówno władze krajowe i przedstawicielstwo parlamentarne, jak i korporacye lekarskie.

— Ministerstwo oświaty zatwierdziło habilitacyę doc. dr. Tadeusza Kleczkowskiego z zakresu okulistyki.

— Dyplom doktora wszech nauk lekarskich uzyskali p. Anasiewicz, rodem z Leśniczówki w Król. pol., pp. Sikorscy, rodem z Piotrkowa.

Lwów. Na porządku dziennym posiedzenia Krajowej Rady zdrowia w d. 6. IV. b. r. znajdowała się sprawa kształcenia lekarzy powracających z wojska, sprawa uznania krztuśca za chorobę podlegającą obowiązkowi donoszenia, sprawa kształcenia ociemniałych inwalidów na masażystów, zaopiniowanie podręcznika higieny dla szkół.

— Ministerstwo oświaty zatwierdziło habilitacyę doc. dr. Tadeusza Ostrowskiego z zakresu chirurgii.

— Dur osutkowy ponownie zaczyna się szerzyć. W ostatnich dwu tygodniach zgłoszono 28 nowych zachorowań.

Warszawa. W szpitalu zakaźnym w Mińsku Mazowieckim wakuje posada kierownika. Płaca roczna 6000 marek, mieszkanie i całe utrzymanie; ubezpieczenie na wypadek śmierci 10.000 mk. Praktyka prywatna nie dozwolona. Szpital urządzony podług wymagań nowoczesnych. Zgłoszenia do c. niem. lekarza powiatowego w miejscu. (Gaz. lek. 12).

— Z d. 15. marca 1918 począł wychodzić jako pismo peryodyczne »Biuletyn Dyrekcyi służby zdrowia publicznego Ministerstwa spraw wewnętrznych«, pomieszczający rozporządzenia i sprawozdania urzędowe, oraz informacye i wskazówki.

— W Warszawie zawiązało się Polskie Towarzystwo pedyatryczne. Prezesem wybrano dr Ludwika Andersa.

Zmarli: Dr. Józef Stypiński w 68 r. ż. w Mszczonowie, Dr. A. Leszczyński w 51 r. ż. w Warszawie (z duru plamistego), Dr. A. Malinowski w 68 r. ż. w Warszawie, Dr. Kazimierz Bielski, lekarz szpitala dla dzieci, w 39 r. ż. we Lwowie.

Redakcya otrzymała: Dr. J. Brunner: Odkażanie. Warszawa 1917. (Gebethner i Wolff) str. 197. — Entwurf einer Neuorganisation des staatlichen Sanitätsdienstes in Österreich. Verfasst von dem galizischen Verein der Amtsärzte. (Amtsarzt 1918. Nr. 1—2). — J. Jaworski: 1) Franciszek Neugebauer oraz zasługi jego naukowe. 2) Metody i sposoby leczenia mimowolnego oddawania moczu u kobiet (Przegl. chir. i gin. 1917). 3) Medycyna i higiena w ziemi chełmskiej i na Podlasiu (Gaz. lek. 1918).

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie kliniczne Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się we **środę d. 17 kwietnia 1918** o godz. 6 wieczór **w klinice chirurgicznej.**

Polecam mój
Chloraethyl
Dr Thilo
z zamknięciami automatycznemi i spiralnemi, odpowiednio do farmakopei austr. VIII., jak najgoręcej
Flaszki automatyczne napełnia się na nowo
Prospekty do rozporządzenia. 89
Mr. C. RAUPENSTRAUCH,
em. aptekarz, WIEDEŃ II., Castellezg. 25

Szczawa **Krondorfska** uznana za najlepszą i naturalną.
Najlepsze skutki w nieżytach żołądka i pęcherza, jakoteż dróg oddechowych. 205
Prospekty roszyła na żądanie Brunnen-Unternehmung Krondorf bei Karlsbad lub też Generalna reprezentacya dla Galicyi i Bukowiny, Kraków, Grodzka 48, Lwów, Sykstuska 21.

ZAKŁAD WODOLECZNICZY I SANATORYUM Dra KUPCZYKA
specyalisty chorób nerwowych
Kraków, Szujskiego l. 9—11. Tel. 1295.
Wskazania: Choroby nerwowe, żołądka i jelit, niedokrwistość, skaza moczanowa, cukrzyca, otyłość, ogólne osłabienie, choroby serca i naczyń krwionośnych. 152

NORMALNE WODY MINERALNE

WEDŁUG PRZEPISU

PROF. DRA W. JAWORSKIEGO W KRAKOWIE.

(NAUKA O CHOROBACH WEWNĘTRZNYCH TOM III. PROF. W. JAWORSKI).

WYRABIA RZĄDOWA UPRAWNIONA FABRYKA 201

K. RZĄCY i CHMURSKIEGO w KRAKOWIE, ul. św. Gertrudy L. 4. (Telefon Nr 227).

Normalne wody mineralne z przepisu Prof. Dr W. Jaworskiego.

Nr	Woda lecznicza	flaszka	h.	Nr	Woda lecznicza	flaszka	h.	Nr	Woda lecznicza	flaszka	h.
I	Normalna	¾ l.	1·—	XII	Jodowa słabsza	¾ l.	1·10	XXIII	Różowa mocniejsza	¾ l.	1·20
II	Alkaliczna słabsza	» l.	95	XIII	» mocniejsza	½ l.	1·10	XXIV	Ziemna słabsza	» l.	1·10
III	» mocna	» l.	1·—	XIV	Bromowa słabsza	¾ l.	1·05	XXV	» mocniejsza	» l.	1·20
IV	Słona słabsza	» l.	1·—	XV	» mocna	½ l.	1·10	XXVI	Magnezowa różowa	» l.	1·10
V	» mocniejsza	» l.	1·05	XVI	Żelazista	¾ l.	1·05	XXVII	Niesłona	¼ l.	95
VI	Alkaliczno-słona	» l.	95	XVII	Arsenawa	½ l.	1·10	XXVIII	Radowa czysta	¾ l.	—
VII	Glauberska mocna	» l.	1·05	XVIII	Arseno-żelazista	½ l.	1·10	XXIX	» alkaliczna	» l.	—
VIII	» słabsza	» l.	95	XIX	Dyetetyczna	¾ l.	1·—	XXX	» glauberska	» l.	—
IX	Magnowa	» l.	1·10	XX	Kwaskowata	½ l.	95	XXXI	» litowa	» l.	—
X	Wapniowa	» l.	1·10	XXI	Stołowa normalna	¾ l.	95				
XI	Litowa	» l.	1·10	XXII	Różowa słabsza	» l.	1·05				

UWAGA: Dla odróżnienia, godłem wód normalnych jest na etykietach rysunek **ryby** ze strzałką. Dla uniknięcia pomyłek z wodami naśladowanemi, uprasza się do nazwy szczegółowej wody dodawać wyraz **»normalna«** i numer. — Broszury podające skład i terapeutyczne stosowanie wód normalnych przesyłamy na żądanie franco.

Fabryka przetworów leczniczych Eugeniusza Matuli

w Radomyślu Wielkim poleca własne przetwory:

Kamphenol Prof. Dra Chlumsky'ego.

Znakomity antyseptyk przy róży, ropowicach, ropniakach, czyrakach, przetokach gruźliczych i t. p. Cena flaszki Kor. 5 —

Pilulae medic. Matula.

Pilulae natr. arsenic. comp. Każda pigułka zawiera: Natr. arsenic. 0.0005 Ferr. protokol. 0.05. Chinin. hydr.-Calc. glycerin. phosphor. Extr. Colae spis. aa 0.03. Extr. nucis vom 0.005. Pulvis rhei q. s. Pigułki te są otoczone cukrem. Cena za flakon o 100 pig. Kor. 6·—. Wydaje się jedynie na przepis lekarski.

Ferrophosphat (Syr. ferr. mangan. hypophosphor. comp.)

w działalności identyczny z syr. Fellowa, Dra Eggera itp.

Nieoceniony lek krzepiący w przypadkach niedokrewności, w cierpieniach narządu nerwowego, krzywicy, neurastenii, itp. Zawiera: Żelazo. mangan, wapień. potas, chininę, fosfor, strychninę, kwas i sole podfosforowe rozpuszczone w syrupie. Skład chemiczny podany na każdej flaszce. Ferrophosphat MATULI wydaje się jedynie w aptekach na przepis lekarski. Cena za flakon Kor 3·—. Sposób użycia: 2—3 razy dziennie łyżeczkę od kawy w ¼ szklanki wody. Do nabycia we wszystkich aptekach.

Sapomenthol. (Maść Sapomentholowa).

207

Zawiera ciała lotne jak: Olejki eteryczne, kamforę, amoniak, alkohol, mentol itp., które przetrawiane na gorąco w maszynach parowych z mydłem, dają jednolitą masę, łatwo, dokładnie wcieralną. W użyciu przyjemny, o miłej woni. **Działa znakomicie w bólach gośćcowych różnych postaci,** osobliwie w gośćcu mięśniowym, postrzale, rwie kulszowej, nerwobólach itp. W działaniu szybki i często pewny nawet w wypadkach, gdy inne leki skutku nie wywierały. Skuteczność Sapomentholu stwierdzają liczne poświadczenia lekarskie, jakoteż badania, wykonane na klinice wiedeńskiej na oddziele III. Sposób użycia: Odpowiednie części ciała naciera się silnie, poczem owija watą lub flanelą. Do nabycia we wszystkich aptekach, po cenie za mały słoik Kor. 2·40, za duży Kor. 9·—. Tylko w oryginalnych słoikach. Dozwolony w cesarstwie rosyjskiem przez zatwierdzenie Rady Lekarskiej i Ministeryum spraw wewnętrznych w Petersburgu.

Powyższe przetwory są do nabycia we wszystkich aptekach. — Główny skład w aptece WP. Konstantego Wiszniewskiego w Krakowie.

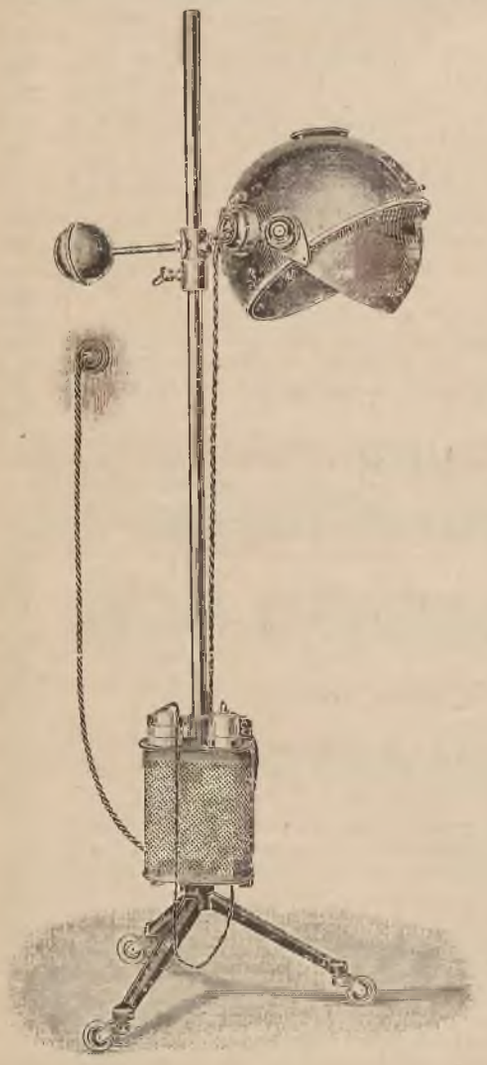
Uprasza się celem otrzymania wyrobu właściwego, przepisując, używać zawsze formułki: original. Matula. Nazwy, marka, ochronna i opakowanie prawnie zastrzeżone. Broszury i próbki dla Panów Lekarzy darmo i opłatnie przesyła Laboratoryum i Fabryka przetworów farmaceutycznych **EUGENIUSZA MATULI w Radomyślu Wielkim.**

Treść:

Jan Studziński, O znaczeniu klinicznem stałej mocznikowej (constante uréo-sécrétoire — K) Ambarda przy zapaleniu nerek . . . . . str. 113
Dr. Bolesław Żmigród, O znaczeniu ciężaru protezy zapomocą oznaczenia ciężkości kończyny dolnej . . . . . str. 115
Dr. Tomasz Kożuchowski, Rana brzucha od uderzenia rogami z wypadnięciem jelit i zgorzelą jelita cienkiego na przestrzeni 50 ctm. Wyzdrowienie . . . . . str. 116
Prof. Dr. Antoni Cieszyński, Uwagi w sprawie reformy studyum lekarskiego . . . . . str. 117
Dr. Natan Milgrom, W sprawie epidemii kiły na Pokuciu str. 119
Wiadomości bieżące . . . . . str. 119
Ogłoszenia.

Pellidol
(Diacetylamidoazotoluol).

Do szybkiego pokrywania nabłonkiem ran granulujących.
Oszczędza w wielu przypadkach przeszczepiania.
Istotne skrócenie trwania leczenia.
Znakomite skutki przy leczeniu wyprysków wszelkiego rodzaju.
Stosowanie w postaci 2% maści i 5% pudru.
Obszerne piśmiennictwo przez: **Kalle & Co., Aktiengesellschaft, Biebrich am Rhein.**



Lampy kwarcowe
(Sztuczne górskie słońce)

Dokładne oferty wysyłają Zjednoczone firmy
Drobner-Kraków.

JODTRANOL (Matula)

Likier żelazisto **jod-** peptonowy składu 0·60% Fe, 0·10 Mn i 0·03% **jodu,** dobrego i przyjemnego smaku. w działaniu zastępuje **w zupełności Tran. (Ol. Jecoris).**

Sposób użycia: jak Liq. Mangano ferri peptonati. Cena 2 K 60

Polecone przez Świetne Tow. lekarskie krakowskie

Z pomiędzy dziś znanych przetworów **żelazistych** jest najłatwiej strawnym i nie psującym zęby środkiem

LIQUOR MANGANO FERRI PEPTONATI

składu 0·60% Fe i 0·10 Mn wyrobu

aptekarza D. MATULI w Podgórzu (Kraków).

Polecany jako środek lekko strawny, pobudzający apetyt, w blednicy, niedokrwistości, zimnicy, w zołzach, kobiecych i nerwowych cierpieniach. 206

Sposób użycia: Dzieciom do lat 12 daje się 2 razy dziennie po łyżeczce od kawy z mlekiem; osoby dorosłe używają 2—3 razy dziennie po łyżce stołowej.

Na składzie w każdej większej aptece. Cena 2 Korony 40 halerzy.
Dwie flaszki posyłam franco.

Sanatoryum dla chorób piersiowych
Dra K. DŁUSKIEGO W ZAKOPANEM. 122
Stale otwarte. — Przyjmuje pacyentów.

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.