

GAZETA LEKARSKA

T R E S C. I. WŁADYSŁAW JANOWSKI. O nerce ruchomej i wędrującej. Str. 1073. II. ADAM CHOJKO. Spostrzeżenia nad moczówką cukrową (*diabetes mellitus*) oraz przegląd odnośnego piśmiennictwa polskiego. (C. d.). Str. 1078. *Dział sprawozdawczy.* 154. ZUM BUSCH. Przyczynek do rozpoznawania i leczenia wrzodów dwunastnicy, nie uległych przedziurawieniu. Str. 1083.—155. T. PAPADOPOULUS. Znaczenie zespolenia żołądka z jelitem (*gastroenterostomia*). Str. 1084. Dr WACEŁAW DOBROWOLSKI. Sprawozdanie ze Zjazdu chirurgów polskich w Warszawie. Str. 1086. *Odcinek.* JÓZEF JAWORSKI. V Międzynarodowy Kongres ginekologiczno-akuszerski w Petersburgu. Str. 1091. List otwarty do Redakcyi „Gazety Lekarskiej”. Str. 1096. *Wiadomości bieżące.* Str. 1097. Nekrologia. Str. 1098. *Ogłoszenia.*

I. O NERCIE RUCHOMEJ I WĘDRUJĄCEJ.

Podał

Władysław Janowski.

Zdawałoby się na pozór, iż niema nic prostszego, jak porozumienie się co do tego, co należy uważać za nerkę ruchomą. Sprawy tej jednakże dotychczas nie można uznać za rozstrzygniętą ostatecznie, mimo, iż ruchomość nerki opisana została już w roku 1581 przez PEDEMOUTANUS'a, i że w ciągu pierwszej połowy XIX stulecia RAYER, FRITZ, DIETL i wielu innych autorów opisało objawy kliniczne, wywoływane przez nadmiernie ruchomą, czyli, jak mówić przyjęto, wędrującą nerkę.

Wiadomo, iż nerki zajmują przestrzeń między 13-ym kręgiem grzbietowym a 2-im kręgiem lędźwiowym włącznie. Górny ich brzeg sięga 11-go żebra, przyczem koniec górny w warunkach prawidłowych przysunięty jest do kręgosłupa o 1 ctm. bliżej, niż koniec dolny. O wymacaniu brzegu górnego nerki w warunkach prawidłowych nie może być mowy. Powierzchni tylnej w powyższych warunkach również omacać nie możemy, gdyż stoi temu na przeszkodzie głównie wiąz żebrowo-kręgowy (*lig. costo-vertebrale*), opisany przez HENLEGO oraz RECAMIER'a. Wiąz ten rozpoczyna się u wyrostków poprzecznych 1-go i 2-go kręgu lędźwiowego i przebiega ku górze i na zewnątrz, przytwierdzając się do żebra 12-go, jeżeli posiada ono długość prawidłową, lub też do 12-go i 11-go, jeżeli 12-e jest krótsze, niż być powinno. Przy prawidłowo wysokiem umiejscowieniu nerki wiąz ten nie zakrywa dol-

nego jej końca. Mimo to jednak u osób, posiadających normalnie grube powłoki brzuszne, w położeniu leżącym nie udaje się wymacać od tyłu dolnego brzegu nerek, jakkolwiek brzeg ten, jak wiadomo, sięga po stronie lewej wyrostka poprzecznego 2-go kręgu lędźwiowego, po stronie zaś prawej zachodzi nawet nieco niżej. Przeciwnie, u osobników, szczególnie u kobiet, chudych, z miękkimi i wiotkimi powłokami brzuszniemi, dolny brzeg nerki prawej daje się wymacać poprzez przednią ścianę brzucha, jeżeli badany wykonuje głębokie ruchy wdechowe, a lekarz badający wprowadza przytem palec o ile można najgłębiej pod 12-e żebro. Fakt ten, dziś ogólnie znany, był poraz pierwszy stwierdzony i ustalony przez RAYER'a w r. 1841. Ze stanowiska anatomicznego tłómaczy się on tem, iż prawie w $\frac{1}{3}$ ogółu przypadków nerka prawa zajmuje położenie o tyle niższe od prawidłowego, iż górny jej brzeg dochodzi zaledwie do 12-go żebra. Wobec tego jednak, wzięwszy pod uwagę, iż rozpoznanie nadmiernej ruchomości nerki opiera się wyłącznie na wymacywaniu tej ostatniej, zrozumiałą będzie trudność, nasuwająca się przy rozstrzygnięciu w poszczególnym przypadku kwestyi, czy znaną ruchomość nerki należy uważać jeszcze za leżącą w granicach normy, czy też należy ją uznać za chorobową, a to tem bardziej, iż ustalenie jakiegokolwiek normy w tym względzie jest rzeczą niezmiernie trudną. Należy przeto kwestyę tu rozstrzygnąć wprost na drodze umowy.

Znaczna większość autorów jest zdania, że ruchomość nerki, nie przekraczającą 2—5 ctm. przy głębokich ruchach oddechowych, należy uważać jeszcze za prawidłową. U kobiet ruchomość ta może być jeszcze znacznie-sza, co zależy od niżej omówionych warunków, ustalonych przez M. WOŁKOWA i S. DIELICYNĄ. Za stopień 1-szy patologicznej ruchomości nerki uważa większość autorów, idąc za GLENARD'em, taką dopiero ruchomość, przy której, w leżącej pozycji chorego, przy silnych ruchach oddechowych można dokładnie omacać całą nerkę aż do górnego jej brzegu, wysuwającego się przytem z pod 12-go żebra. Jeżeli nerka o tyle zmieniła swe położenie, iż nawet poza ruchami oddechowymi leży w całości poniżej brzegu żebrowego, lecz w położeniu leżącym chorego z łatwością jeszcze powraca do zagłębienia lędźwiowego, wtedy mówimy o nerce ruchomej 2-go stopnia. Gdy zaś nerka zatraciła związek swój z zagłębieniem lędźwiowym do tego stopnia, iż leży luźno w jamie brzusznej, zmieniając w niej bez przeszkody swe położenie i zstępując niekiedy do miednicy, względnie wklonowując się w uiej czasami [co dwukrotnie spostrzegalem] — wtedy spółcześni autorowie, znowóż zgodnie z GLENARD'em, nazywają ją prawdziwą nerką wędrującą. Powyższa terminologia jest prawidłową ze stanowiska etymologii. Dlatego też osobiście kieruję się stale powyższą zasadą przy określaniu stopnia ruchomości nerki, jakkolwiek przyznaję, iż w praktyce trudno bywa niekiedy rozstrzygnąć, czy daną nerkę należy nazywać już prawdziwą nerką wędrującą, czy też ruchomą 2-go stopnia.

Nie mogę się jednak zgodzić z poglądem DUNINA, który, na podstawie własnego przypadku, sprawdzonego sekcyjnie, oraz na podstawie 22-u przypadków, zebranych przez niego w piśmiennictwie i poddanych ocenie krytycznej, twierdził, iż pod nazwą prawdziwej nerki wędrującej należy rozumieć

dopiero taką nerkę, która się już w całości znajduje poza wgłębieniem lędźwiowem i stale się w tem nieprawidłowem położeniu utrzymuje. Za niezbędny warunek istnienia takiej, jak się DUNIN wyrażał, prawdziwej nerki ruchomej, którą ja nazwałbym już wędrującą, uznawał DUNIN obecność specjalnej fałdy otrzewnej, obejmującej nerkę,—*mesonephron*. Oczywiście, DUNIN rozporządzał zupełnie wyjątkowym przypadkiem nerki ruchomej i na nim oparł swe uogólnienie. Gdyby się bowiem zupełnie ściśle trzymać jego zasady, nie możnaby za życia chorego rozpoznawć nie tylko nerki ruchomej, lecz i prawdziwej wędrującej, gdyż za życia chorego nie można stwierdzić, czy posiada on *mesonephron*, czy też nie. Badacz, posiadający takie doświadczenie w tej sprawie, jak ALBARRAN, który operował przeszło 100 chorych z nerką wędrującą, twierdzi, iż nigdy nie spotykał rzeczywistego *mesonephron*, i że zaledwie parę razy spostrzegał nieznaczne zachodzenie otrzewnej na tylną powierzchnię nerki, jakkolwiek w jego przypadkach chodziło zawsze o prawdziwe nerki wędrujące, dające przytem tak ciężkie objawy kliniczne, iż trzeba było decydować się na zabieg operacyjny.

Powstaje pytanie, co utrzymuje nerkę w jej prawidłowem położeniu, nie dając jej wykonywać znaczniejszych ruchów, i czem warunkuje się kierunek tych ostatnich w przypadkach prawidłowych i chorobowych? Odpowiedź na powyższe pytanie daje jednocześnie możność wskazania głównych przyczyn powstawania chorobowo ruchomej nerki. Należy zauważyć, iż poglądy na tę sprawę uległy pewnym zmianom dzięki poszukiwaniom GEROT'a, GLANTENAY'a oraz GOSSET'a i in., którzy zbadali dokładnie powięź okołonerkową (*fascia perirenalis*), t. j. główną podporę anatomiczną nerki. Do zmiany tych pojęć przyczyniły się również w znacznym stopniu pierwszorzędne badania WOLKOWA i DIELICYNNA, którzy wskazali główne warunki anatomiczno-fizyologiczne, utrzymujące ruchomość nerek w granicach prawidłowych.

Wiadomo, iż nerka wraz ze swą torebką leży wśród tkanki tłuszczowej, otoczonej rodzajem pochewki, utworzonej przez powięź okołonerkową. Obecność tej powięzi stanowi 1-szy i najważniejszy warunek, ograniczający ruchomość nerki. Błazka tylna tej powięzi przytwierdza się po stronie wewnętrznej do trzonów kręgowych oraz do chrząstek międzykręgowych. Na zewnątrz pokrywa ona mięsień lędźwiowo-udowy (*m. psoas*) i pokryty swem rozciągnem mięsień czworoboczny (*m. quadratus lumborum*), otaczając w ten sposób tylny brzeg nerki i zlewając się z przednią blaszką tej samej powięzi w miejscu przejścia otrzewnej na przednią powierzchnię nerki. Błazka ta, grubiejąca ku zewnątrz, przechodzi stopniowo w powięź podotrzewną właściwą (*f. propria subperitonealis*). Błazka przednia powięzi okołonerkowej, znacznie cieńsza od tylnej, przebiega razem z otrzewną, jak gdyby wzmacniając, podwajając ją. Błazka ta pokrywa przednią powierzchnię nerki oraz jej naczynia i, przechodząc poprzód wielkimi naczyniami, zlewa się z odpowiednią blaszką strony przeciwległej, przyczem po stronie lewej grubość jej jest znaczniejsza, niż po prawej. Powięź okołonerkowa otacza nerkę i nadnercze. U góry blaszki jej zlewają się i tworzą mocne połączenie z przeponą. Opuszczając się ku dołowi [jedna blaszka poza nerką, druga przed

nią], powieź coraz bardziej cienieje i stopniowo ginie w tkance tłuszczowej miednicy. Pomiędzy nerką a powiezią okołonerkową znajduje się tkanka tłuszczowa, poczynająca się rozwijać dopiero po 10-ym roku życia. Z tyłu poza nerką tłuszcz znajduje się w daleko większej ilości, niż z przodu. Szczególnie dużo tkanki tłuszczowej spotykamy pod nerką i tu tworzy ona prawdziwą poduszkę, przechodzącą bezpośrednio w tkankę tłuszczową miednicy. Przez tę tkankę tłuszczową przebiega szereg włókien łącznotkankowych, łączących torebkę nerki z powiezią okołonerkową. Włókna te są na ogół cienkie. Różnice jednakże pod tym względem są u poszczególnych osobników dość znaczne, co, rozumie się, posiada również poważny wpływ na stopień umocowania nerki.

Wyżej opisane warunki stwarzają dla nerki jak gdyby łożysko, w którym przesuwają się ona przy ruchach oddechowych i przy zmianie postawy ciała. Z wyżej wskazanego przebiegu powięzi okołonerkowej wynika, iż wobec tego, że w warunkach prawidłowych łożysko nerki otwarte jest jedynie ku dołowi i ku wewnątrz, w tym tylko kierunku mogą się odbywać prawidłowe ruchy nerki. Pozostaje do wyjaśnienia, od czego zależy wydatność tych ruchów? Dokonali tego już WOŁKOW i DIELICYN, którzy przez wykonanie szeregu odlewów gipsowych jamy brzusznej dowiedli, że stopień ruchomości nerek stoi w ścisłym związku z wielkością i kształtem wyżej opisanych łożysk nerkowych. Im węższe jest łożysko u dołu, tem trudniej staje się nerka chorobowo ruchomą, i odwrotnie, im jest ono krótszem, a w dolnej swej części szerszem, tem łatwiej powstaje patologiczna ruchomość nerki. Budową łożysk tłómaczy się i to powszechnie znane zjawisko, że nerka ruchoma spotyka się znacznie rzadziej u mężczyzn, niżeli u kobiet. U mężczyzn, mianowicie, łożyska te zwężają się lejkowato ku dołowi i są na ogół dłuższe, niż u kobiet, u których są one i krótsze, i szersze i posiadają kształt zbliżony bardziej do walcowatego, niż do lejkowatego. Łožysko nerki prawej znajduje się zwykle niżej od lewego i tą okolicznością tłómaczy się w znacznej mierze ów, również ogólnie znany fakt, że nerka prawa staje się ruchomą daleko częściej od lewej. Zresztą, wchodzi tu w grę i inne jeszcze czynniki, o których mowa będzie poniżej. Zaznaczyć tu muszę, że dopiero dokładne poznanie danych anatomicznych i histologicznych przyczyniło się do również ściśle naukowego i rzeczowego rozwiązania 1-szej części pytania, które do owego czasu rozstrzygało się jedynie na postawie dociekań teoretycznych.

Drugi warunek, ograniczający normalne ruchy nerek, stanowi długość naczyń nerkowych. Za normę dla ich długości większość autorów uważa 5 ctm. dla tętnicy nerkowej prawej, 7 ctm. dla lewej. DUNIN przyjmował 6—6,75 ctm., jako przeciętną długość zmierzonych przez siebie tętnic nerki prawej. Osobiście jednak przyłączam się do tych autorów, którzy uważają już 5 ctm., za prawidłową długość prawej tętnicy nerkowej. Większe liczby, otrzymane na zwłokach, mogą pochodzić stąd, iż na trupie nader łatwo przyjąć za prawidłową—nerkę za życia ruchomą, o czem anatom wiedzieć nie może, nie będąc w stanie odtworzyć na zwłokach ruchów oddechowych. W przypadkach wątpliwych należałoby rozstrzygać tę kwestyę, badając zwłoki w po-

stawie stojącej, na co wskazują KORANYI, WOŁKOW i DIELICYN. Kwestya ta jednak powstaje zwykle już po otwarciu jamy brzusznej, t. j. wtedy, gdy warunki spostrzegania są już zmienione. Czy tak, czy inaczej, długość naczyń nerkowych, powtarzam, stanowi 2-gi z kolei czynnik, ograniczający ruchomość nerki. Według DUNINA główną rolę odgrywa tu tętnica. Podwiązanie zaś żył nie wywiera wpływu na rozległość ruchów nerki. W warunkach prawidłowych rozciągliwość naczyń jest nieznaczna. Z tego względu nerka prawa przy prawidłowym położeniu może wykonywać ruchy jedynie w granicach 5 ctm. Gdy chorobowo zmienione warunki zmuszają nerkę do wykonywania ruchów rozleglejszych, wtedy w początkowych okresach zatrzymuje się ona na tej wysokości, do jakiej pozwalają jej się opuścić napięte *ad maximum* naczynia, stopniowo zmienia swe położenie w ten sposób, iż brzeg wypukły staje się dolnym, brzeg dolny przesuwa się ku przodowi, ku wewnątrz i ku górze, wrota zaś ku górze i ku wewnątrz. Ponieważ raz powstałe zmiany chorobne nie przestają istnieć, przeto naczynia krwionośne rozciągają się i mogą się przytem wydłużyć do tego stopnia, iż długość tętnicy nerkowej prawej dochodzi do 10, a nawet 12 ctm. Stopień ruchomości nerki zwiększa się wtedy, oczywiście, bardzo znacznie i staje się ona prawdziwie wędrującą. Błędem byłoby jednakże przypuszczać, że wydłużenie naczyń odbywa się z taką łatwością, aby mogło usposabiać niekiedy do powstawania chorobowo ruchomej lub wędrującej nerki. Przeciwnie, długość tętnicy stanowi zawsze przeszkodę do wytworzenia się nerki ruchomej, zarówno w przypadkach prawidłowych, jak szczególnie w tych, w których zamiast jednej tętnicy istnieją dwie lub trzy. Dopiero szereg niżej wyszczególnionych warunków, dzięki którym nerka zaczyna poruszać się coraz swobodniej, przyczynia się do stopniowego rozciągnięcia tętnicy.

Jako 3-ci czynnik, utrzymujący ruchomość nerki w granicach normy, należy wymienić napięcie otrzewnej. Czynnik ten posiada jednak mniejsze znaczenie, badania na zwłokach wykazały bowiem, iż przy nieznacznych ruchach nerka przesuwa się w swem łożysku pod otrzewną, nie napinając jej przy sztucznie zaś wykonywanych ruchach rozleglejszych otrzewna sama podaje się im, układając się przytem w fałdy. W przypadkach z upośledzonym odżywieniem ogólnem podatność otrzewnej, oczywiście, wzrasta. Zresztą ALBARRAN wskazuje na tę okoliczność, że jeżeli ruchomość nerki towarzyszy nienormalnemu obniżeniu wątroby, to wtedy otrzewna dochodzić może aż do wypukłego brzegu nerki. Fakt ten jeszcze bardziej obniża i bez tego niezbyt doniosłe znaczenie otrzewnej dla podtrzymania nerki w jej prawidłowym położeniu. Nie można jednak odmawiać napięciu otrzewnej wszelkiego znaczenia w ograniczaniu ruchomości nerek, chociażby ze względu na doświadczenia DUNINA oraz WOŁKOWA i DIELICYN, które wykazały, iż przecięcie otrzewnej nad nerką, *caeteris paribus*, znacznie zwiększa wychylenia jej ruchów.

II. Z ODDZIAŁU CHORÓB WEWNĘTRZNYCH DRA K. CHEŁCHOWSKIEGO W SZPITALU
DZIECIĄTKA JEZUS W WARSZAWIE.

Spostrzeżenia nad moczówką cukrową (*diabetes mellitus*) oraz
przegląd odnośnego piśmiennictwa polskiego.

Podał

Adam Chojko.

[Ciąg dalszy. — Patrz N. 43].

Przypadek II. Chory K. zamożny urzędnik, mając lat 42, zaraził się w r. 1887 syfilisem. Przedtem był zdrow, czasami tylko doznawał zaburzeń kiszkiowych. Przez 5 lat z rzędu odbywał leczenie swoiste. Od r. 1894 często zapadał na biegunkę. W r. 1900 zauważono obrzmienie wątroby, która, zwiększając się stopniowo, sięgała wreszcie na 2 palce niżej pępka i poza lewą linię sutkową i wyraźnie wypukła prawą górną okolicę brzucha. Później zwiększyła się i śledziona, dochodząc do 7-go ż.; dolny jej brzeg stał się wyczuwalny. Zdarzały się parę razy silniejsze bole w okolicy wątroby z lekką przemijającą żółtaczką. Kilkakrotnie chory zapadał na kaszel z gorączką niewysoką, ale upartą, potami nocnymi, bez wyraźnych objawów płucnych. Wychudł [do 165 funt.]. Pobyt w Meranie w r. 1904 po uprzedniej kuracji karlsbadzkiej [stosowanej i w poprzednich latach] nie dał prawie żadnej poprawy. Przyłączyła się swędząca wysypka na kończynach dolnych, powierzchowne trudno gojące się owrzodzenia. Rozpoznawano u chorego marskość wątroby przerostową. Stan jego ogólny był zły i budził poważne obawy. We wrześniu r. 1904 chory zaczął przyjmować jodek potasu, po którym nastąpiła tak wybitna poprawa, że zachęciło to do jednoczesnego stosowania i rtęci. Po tej kuracji wątroba zmniejszyła się rażąco, śledziona wróciła do normy, chory utył i nabrał energii. W trakcie kuracji—*stomatitis*, na podniebieniu twardem utworzył się gumat, wystąpiło obrzmienie prawej sutki.

Wkrótce po osiągnięciu tej znakomitej, nieoczekiwanej poprawy, od lutego r. 1905 chory zauważył wzmożone pragnienie i obfitsze oddawanie moczu. Znalaziono w moczu cukier w ilości 5 $\frac{1}{2}$ % [dawniej b. często powtarzane rozbiory moczu nigdy cukru nie wykazywały].

Wahania w ilości moczu, ciężarze właściwym, odsetkach cukru i wadze chorego wykazuje poniższa tablica.

Przez cały ten czas chory nie przestrzegał ścisłej diety, nie umiał się nawet wstrzymać od słodyczy.

Data rozbioru moczu	Ilość moczu na dobę	Ciężar właściwy moczu	‰ cukru	‰ białka	Kuracja	Waga
27. III. 1905	3 litry	1037	5,40‰	0	Po kuracji rzęciowo-jodowej	
31. III.	800 ctm. sz. za pół doby	1037	dużo		Dyeta dość ścisła; sześć wstrzyknięć rzęciowych, jodek potasu	
1. IV.	1 litr za dobę	1030	dużo			
3. IV.	1¼ litra za dobę	1030	"			
5. IV.	1¼ za 16 godzin	1027	mniej			
7. IV.	1¼ za 15 "	1017	0			
10. IV.	1½ za 18 "	1025	ślady			
12. IV.	1 litr za 14 godzin	1024	"			
14. IV.			więcej			
26. IV.	2 litry	1031	1‰	ślady		
4. VI.		1038	3,9‰	0,08		Po wodzie karlsbadzkiej
10. VII.		1024	1‰	0,08	Po leceniu rzęciowo jodowym w Solcu	
28. VIII.	1100 ctm. sz.	1023	0,2‰		Po 7-u butelkach jodku potasu (6:200).	
16. X.	1 litr	1024	0,4‰		Po Vichy	
4. X I.	Nie przekraczała dwu litrów. Pragnienie istniało tylko w początku choroby i w roku 1909 przez jakieś 10 dni	1026	1,3		Po wstrzyknięciach rzęciowych i KJ.	
10. II. 1906		1030	2,00	0,04	—	
3. V.		1023	0,50	0,05	Po KJ i Karlsbadzie w domu	184 funt
5. VII.		1032	3,55	0,05	Po 24-ch wcieraniach szaruchy w Busku, Vichy w domu	
18. IX.		1029	1,15	0,05		
15. X.		1035	3,00	0,04	Po wodzie jodowej słabszej. JAWORSKIEGO i Vittel	
18. XII.		1028	1,55	0,05		
20. III. 1907		1035	2,30	0,10	—	
7. VI.		1029,5	2,25	ślady	Po 24-ch wcieraniach szaruchy w Akwizgranie	190 funt.
13. XII.		1033	3,00	0,05	Po wodzie karlsbadzkiej, Vichy, Vittel i wannach z CO ₂	
8. IV. 1908	1023	2,50	0,08			
26. VI.	1030	3,10	0,10			
21. IX.	1026	1,08	—	Po Karlsbadzie i Vittel w domu		197 funt.
31. XII.	1025	1,3	0,05	—		

Data rozbi- ru moczu	Ilość moczu na dobę	CieŜar wła- ściwy moczowi	% cukru	% białka	K u r a c y a	Waga
30. I. 1909	} Mocz u oko- ło dwu li- trów na do- bę	1034	3,10	0,03	} W domu Karlsbad i Vit- tel. Sajodyna	188 funt.
9. IV.		1036	3,00	ślady		
28. VIII.		1034	4,00	0,01	} Po 8-u wstrzyknięciach rtęciowych	
1. XII.		1034	4,30	0,12		
14. I. 1910		1030	3,70	0,02		
16. II.		1042	4,60	0,01		189 funt.

Wątroba przez jakiś czas jeszcze się zmniejszała, wreszcie zaledwie że wystawała z pod żeber. Stan sił i poczucie ogólne—zupełnie dobre. Od 1908 roku chory przeniósł się do Moskwy i zniknął z obserwacji. Cyfry dotyczące ostatnich lat przesłał na naszą prośbę listownie.

Chodziło tu więc o syfilis wątroby, przebiegający pod postacią marskości wątroby przerostowej. Przy leczeniu swoistem chory z marskości wątroby wyzdrowiał, ale dostał cukrzycy.

Wydawało się więc, że w tym przypadku, podobnie jak w spostrzeżeniu PUSINELLIEGO zjawienie się cukru w moczu zbiegło się z poprawą krwiobiegu w wątrobie. Na podkreślenie zasługuje, że i w tym przypadku ilości dobowe moczu były niskie, około 2-u litrów (*diabetes decipiens*). W obu przypadkach ilości dobowe cukru, wydalanego z moczem, były małe: nie dochodziły 100 grm. Leczenie swoiste nie okazywało żadnego wpływu na odsetkę cukru.

Związek żółtaczk i cierpień dróg żółciowych z chorobą cukrową zaznaczano już niejednokrotnie. Cukier w moczu znajdowano u zwierząt po zamknięciu przetoki żółciowej, po podwiązaniu przewodu żółciowego wspólnego. Stwierdzono, iż wątroba przepelniona żółcią jednocześnie ubożeje w glikogen. KRAUS i GANS oraz LEB spostrzegali cukromocz w kolce żółciowej, czemu jednak wszyscy inni autorowie zaprzeczają. Natomiast NAUNYN przytacza 4 przypadki choroby cukrowej w marskości żółciowej po kamieniach żółciowych. W materyale, z którego zdaję tu sprawę, znalazłem 7 spostrzeżeń, w których chorzy cukrzycowi przebywali dawniej żółtaczkę. Liczba tych spostrzeżeń na 101 przypadków jest dość wysoka i zasługuje na zaznaczenie. Żółtaczkę notowano w wywiadach prawie wyłącznie u mężczyzn [6 mężczyzn i 1 kobieta], pomimo, że, jak wiadomo, kolka żółciowa zdarza się znacznie częściej u kobiet. Jeden z tych przypadków zasługuje na przytoczenie.

60-letni otyły artrytyk zapadł na ciężką żółtaczkę z upartą gorączką przepuszczającą, z ciepłotą dochodzącą 40°, co trwało około 6-u tygodni. Zamknięcie przewodu żółciowego wspólnego jeszcze nie było zupełne. Rozpoznawano u chorego ropienie w drogach żółciowych (*cholangitis suppurativa*). Wbrew przewidywaniom chory, mimo groźnego stanu, wyzdrowiał. Po wyzdrowieniu odbywał kurację w Karlsbadzie. Wielokrotne rozbiory moczu nigdy cukru u niego nie wykazywały. Tymczasem po powrocie z Karlsbadu zwrócił uwagę na zwiększone pragnienie i obfitsze oddawanie moczu, w którym znalaziono cukier w ilości 2%. Moczu chory oddawał do 5-u litrów dziennie. W ciągu 5-letniej obserwacji cukier w okresach ścisłego przestrzegania diety zniknął zupełnie, zmniejszała się również i ilość moczu. Z powikłań chory przebywał nerwoból kulszowy (*ischias*) i eczemę. Wreszcie zapadł na zapalenie ucha średniego z dość wysoką gorączką; ropienie przeszło i na wyrostek sutkowy. Chory zmarł wśród śpiączki, zanim zdążono przystąpić do operacji. Cukrzyca zjawiała się po wyzdrowieniu z ciężkiej żółtaczki w okresie powrotu wątroby do stanu prawidłowego.

CHOROBA CUKROWA W ZWIĄZKU Z CHOROBA ́ GRAVES'a (BASEDOW'a).

W ostatnich czasach zwrócono szczególną uwagę na łączność moczówki cukrowej z chorobą GRAVES'a [BASEDOW'a]. Łączność tę usiłowano tłumaczyć to zwiększonym rozpadem białka w chorobie GRAVES'a, to znowu hamującym wpływem wydzieliny gruczołu tarczowego na czynności trzustki, a podniecającym—na czynności nadnerczy.

SATTLER podaje na 100 chorych z cierpieniem GRAVES'a—3 z moczówką cukrową. PUŁAWSKI jednak na 75 przypadków choroby GRAVES'a [Gazeta Lekarska 1909] nie widział cukrzycy ani razu, pomimo dokładnego badania moczu w każdym przypadku. LÉPINE, przeglądając całą literaturę, znalazł do r. 1909 opisane 24 przypadki choroby GRAVES'a z niewątpliwą moczówką cukrową¹⁾. Wobec tak nielicznych spostrzeżeń przytaczam w streszczeniu następujące przypadki z posiadanego materiału:

Przypadek I. Chora M., lat 43. Stwierdzono chorobę GRAVES'a w r. 1901. W r. 1908 stały wytrzeszcz, objaw GRAEFE'go, tętno 100—120; częste rozwolnienia, chryпка, wzrok niespokojny, wychudzenie, pragnienie i zasychanie w ustach. Moczu 4 litry na dobę, cukru 4%. Przy dyecie cukier się zmniejszył do 1—2%, ilość dobową moczu do 1—2-u litrów. [Rozbiory moczu około r. 1901 dokonywane były niejednokrotnie i cukru nie wykrywano]. Przy nieumiarkowaniu w dyecie chora dostała zapalenia okostnej zębodołowej,

¹⁾ LÉPINE. Le diabète sucré. Paryż 1909, str. 444. Porównaj też NAUNYNA (l. cit. str. 77 i dalsze), który zebrał także ileżną kazuistykę.

do czego przyłączyły się aceton w moczu i śpiączka, zakończona czwartego dnia śmiercią.

Przypadek II. Chora K., lat 50. W czasie pielęgnowania chorej krewnej istniejące dawno już wole urosło, a jednocześnie wystąpił cały zbiór objawów dość ciężkiej choroby GRAVES'a. Po kilku miesiącach choroby wzmożone pragnienie zwróciło uwagę na mocz, który przy ciężarze właśc. 1030 zawierał niewielką ilość cukru. Chora znikła z obserwacji, ale wiadomo, że umarła w niedługim czasie.

Przypadek III. 52 letnia chora przed 6-u laty podczas upartego reumatyzmu stawowego zaczęła tyć. Od niedawna bicie serca, brak tchu, bezsenność, zdenerwowanie, wzmożone pragnienie. Otyłość. Tętno 120, obrzmienie gruczołu tarczowego, wytrzeszcz w umiarkowanym stopniu, mocz o ciężarze właściwym 1045, cukru 4%. Po kuracji karlsbadzkiej i zastosowaniu niezbyt nawet ścisłej diety cukier zniknął, nadmierne pragnienie także, objawy choroby GRAVES'a złagodniały. O dalszym stanie chorej nie wiadomo.

Ze względu, że związek tych dwu chorób budzi powszechne zainteresowanie, przytaczam tu jeszcze łaskawie mi udzielone spostrzeżenie kol. DYDŃSKIEGO.

Przypadek IV. Chora N., lat 49. Przed 20-u laty wyleczyła się z choroby GRAVES'a. Przed rokiem wycięto jej lewą nerkę wskutek kamicy. Obecnie niewielki wytrzeszcz, tętno 80—100. Moczu od 3 ch do 4-ch litrów na dobę, cukru 4,5%, po tygodniowej dyecie 0,5%. Po 4-ch tygodniach poprawa ogólna, cukru w moczu około 1%. W zakładzie leczniczym znaczna poprawa, ale w 6 tygodni po wypisaniu się śmierć z niewiadomej przyczyny.

Z 4-ch więc przytoczonych przypadków [wszystkie u kobiet i wszystkie w latach t. zw. klimakterycznych] trzy zakończyły się rychłą i nieoczekiwaną śmiercią, pomimo że cukrzyca w nich bynajmniej ciężką nie była. W 3-ch przypadkach cukrzyca z całą pewnością wystąpiła później od choroby GRAVES'a.

Na dowód pokrewieństwa tych dwu chorób, cukrzycy i choroby GRAVES'a, REEVE MANBY, cytowany przez LÉPINE'a i NAUNYNA, przytoczył trzy przypadki występowania moczówki cukrowej lub choroby GRAVES'a u różnych członków jednej rodziny. Podobne przypadki ogłosił i SCHMEY [LÉPINE str. 445]. Podobne fakty mogą przytoczyć i ja z zebranego materiału.

W jednej rodzinie stryj chory na cukrzycę, synowiec—na ciężką postać choroby GRAVES'a, synowica—na sklerodermię. W drugiej—ciotka zmarła z ciężkiej cukrzycy, siostrzenica przebyła chorobę GRAVES'a z wyzdrowieniem zupełnem. W trzeciej matka miała wielkie wole, wyraźne wysadzenie gałek ocznych oraz podniecenie ogólne bez innych objawów choroby GRAVES'a, syn choruje na ciężką cukrzycę. W czwartej rodzinie jedna siostra zmarła z ciężkiej cukrzycy, druga miała objawy wzmożonej działalności gruczołu tarczowego [wole, wysadzenie gałek ocznych, nerwowość].

W klinice krakowskiej prof. KORCZYŃSKIEGO kilkakrotnie, jak się zdaje, widziano zbieg cukrzycy i objawów choroby GRAVES'a. Przypadki te opisa

WIKTOR ¹⁾. Wprawdzie nie rozpoznawano w nich choroby GRAVES'a, jako takiej, ale zastanawiano się nad wytrzeszczem (*exophthalmus*) u tych chorych, notowano u nich bicie serca i t. d.

[D. e. n.].

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

— 0 —

154. Zum Busch [Londyn]. Przyczynek do rozpoznawania i leczenia wrzodów dwunastnicy, nie uległych przedziurawieniu.

Gdy w Niemczech operacje wrzodów dwunastnicy, nie uległych przedziurawieniu, należą dotąd do wypadków wyjątkowych [WILMS], w Anglii i w Ameryce nie zalicza się ich dziś do rzadkości, a samo rozpoznanie cierpienia nie uchodzi za trudne. Krwotoki (*haematemesis i melaena*), które WILMS w cierpieniu tem uważa za główny objaw rozpoznawczy, autor w myśl poglądów MOYNIHAN'a uważa już za objawy późniejsze.

Wrzody dwunastnicy znane są w patologii od dawna. Sprawą tą jednakże dopiero w ostatnich 8-u latach zajmowano się dokładniej, przeważnie w Anglii i w Ameryce, a pierwsze miejsce pod tym względem należy się pracom MOYNIHAN'a, który ustalił symptomatologię tego cierpienia we wczesnym okresie i podał odpowiedni sposób leczenia.

Wrzody dwunastnicy najczęściej spotyka się u mężczyzn w średnim wieku; widywano jednakże i u dzieci [WATERHOUSE] i u ludzi starszych. Objawy tego cierpienia są bardzo charakterystyczne. W większości przypadków chorzy podają, że dolegliwości żołądkowe mają tak dawno jak tylko mogą zasięgnąć pamięcią. Choroba w początkach zaczyna się od nudności, ściskania w dołku; później zjawiają się bole ściągające lub klujące, niekiedy nadzwyczaj gwałtowne. Bole najczęściej zaczynają się w okolicy nadbrzuszej; natężenie ich szybko się wzmaga i wtedy przechodzą w kierunku grzbietu i prawego boku. Cechą charakterystyczną tych bólów jest to, że zjawiają się nie zaraz po jedzeniu, a najczęściej w 2—6 godzin. U tych samych osób przy jednakowej dyecie czas zjawiania się bólów po jedzeniu jest prawie stałą jednostką; przy dyecie płynnej czas ten skraca się, a przy stałej, trudno strawnej, — przedłuża. Niekiedy bole zjawiają się wtedy, kiedy chorzy uczuwają głód, i z chwilą przyjęcia pokarmu bole zmniejszają się lub giną zupełnie [bole, tak zwane *hungerpain* MOYNIHAN'a]; chorzy tacy zwykle noszą przy sobie coś do jedzenia. Napad bólów kończy się odbijaniem gazami lub płynem kwaśnym; wymioty, a szczególnie w postaci gwałtownej, zdarzają się rzadko, oczywiście z wyjątkiem tych przypadków, w których doszło do zwężenia dwunastnicy ze wszystkimi jego następstwami. Bole te najczęściej nie bywają stałe; zjawiają się zwykle w miesiącach zimowych, po wielu tygodniach lub miesiącach przerwy. Sama ta zmienność jest charakterystyczną i podług MOYNIHAN'a często miarodajną dla właściwego rozpoznania. Przy ucisku obserwowano niekiedy napięcie prawego mięśnia prostego lub też chorzy uczuwali tępy ból w miejscu odpowiednim; częściej jednakże badanie pod

¹⁾ Medycyna 1877, str. 129 i dalsze. (Spostrzeżenia 3, 4 i 5).

tym względem dawało wyniki ujemne. Przy badaniu zawartości żołądka MOYNIHAN znajdował zmniejszone ilości HCl; inni znowu, jak również i autor, widywali nadkwaśność. Czy fakty te w poszczególnych przypadkach zależą od rodzaju pokarmów, jakie przyjmuje ludność różnych okręgów Anglii, to dopiero przyszłość wykaże. Dokładne badania stołców w mniejszości tylko przypadków wykazywało obecność krwi.

Inne objawy należą do objawów późniejszych (*Spätsymptome*), a właściwie wtórnych: oprócz znaczniejszych krwotoków, należy tu zaliczyć niedomogę ruchową i rozszerzenie żołądka, jako następstwa zwężenia dwunastnicy.

Przy rozpoznawaniu należy mieć na uwadze wrzód żołądka, kamieć żółciową i jej następstwa, wreszcie przewlekłe zapalenie wyrostka robaczkowego (t. zw. *appendicitis larvata*), gdyż w tym kierunku możliwe są omyłki. Oczywiście pamiętać należy i o możliwości kombinacji tych cierpień. Owrzodzenia dwunastnicy i żołądka widywano dość często jednocześnie: MOYNIHAN spostrzegł to 47 razy na 186, autor 3 na 14. Często także zdarza się widzieć w dwunastnicy więcej niż jedno owrzodzenie.

Co się tyczy rokowania, to wrzody dwunastnicy dają gorsze niż wrzody żołądka; największa zachodzi obawa co do przedziurawienia lub też krwotoku śmiertelnego. Wczesne więc rozpoznanie jest tu rzeczą niezmiernie ważną.

W początkach choroby [pierwszy lub drugi napad] postępowanie zachowawcze będzie na miejscu; w stanach przewlekłych stosować należy zabiegi chirurgiczne. Autor sam rozpoznawał 19 razy wrzody dwunastnicy; z liczby tej 14 przypadków było operowanych i tylko jeden zakończył się śmiercią; w pozostałych 5 u—3-ch zmarło [jeden wskutek krwotoku, a dwu wskutek przedziurawienia], jeden żyje i miewa napady bólów, a losy jednego nieznanne. MOYNIHAN na 228 przypadków operowanych miał tylko cztery, zakończone śmiercią. Złe rokowanie w tem cierpieniu przy leczeniu zachowawczem i dobre wyniki leczenia chirurgicznego nasuwałyby wielką oględność w tym kierunku. Autor radzi operować każdy przypadek z chwilą, kiedy zjawi się powtórny napad bólów, a wszystkie przewlekłe przypadki możliwie wcześniej. *Opération de choix* będzie tu *gastroenterostomia*, bez różnicy czy *anterior* czy *posterior*, byleby tylko w dostatecznej mierze celowi swojemu odpowiadała. Co się tyczy samych wrzodów, to autor obszywał je, jeżeli tylko było to możliwe, a wycinał tylko przy wskazaniu specjalnem; obawiać się zbytnio przy tem ewentualnego zwężenia odźwiernika lub dwunastnicy niema powodu ze względu na zapewnienie połączenia sztucznego. Po operacji zalecać należy stały spokój i dietę przez czas dłuższy.

(*Münch. med. Wochenschrift* 1910 r. Nr. 28).

J. Bełkowski.

155. T. Papadopoulos. Znaczenie zespolenia żołądka z jelitem (*gastroenterostomia*).

Od czasu, kiedy WÖFLER [1881] pierwszy raz zastosował sztuczne zespolenie żołądka z jelitem w przypadku nieoperacyjnego guza odźwiernika, zabieg ten z każdym rokiem zaczął zyskiwać coraz większe zastosowanie dzięki rozszerzeniu jego wskazań. Do zwężeń odźwiernika nowotworowych w krótko przyłączono zwężenia bliznowate, potem wrzód żołądka, a niedawno rozszerzenie żołądka i zastarzałe niestrawności. Nie ulega wątpliwości, że chory ze zwężeniem odźwiernika dzięki zespoleniu bywa uratowany od śmierci głodowej w przypadkach nowotworów złośliwych na pewien czas, w przypadkach zaś zwężeń bliznowatych na zawsze. Z drugiej strony w niestrawności bolesnej i uporczywej ulga występuje na czas krótki po operacji, lub też wcale nie występuje. Jakaż więc jest istotna wartość zespolenia żo-

ładka z kiszka? Aby wyjaśnić to pytanie należy się zastanowić nad tem, jak zachowuje się nowowytworzone połączenie żołądka z jelitem? Doświadczenia na zwierzętach wykazały, że nowy otwór działa jedynie w tym razie, jeżeli odźwiernik jest zupełnie niedrożny, w przeciwnym zaś razie zawartość żołądka opróżnia się drogą zwykłą, a nowe połączenie stopniowo ulega zwężeniu i całkowitemu zaniknięciu. W przypadkach, w których operowano powtórnie, lub na sekcji dokonanej po pewnym czasie, stwierdzono takie samo zachowanie się otworu. A zatem otwór dąży do zamknięcia się i to niezależnie od sposobu operacyjnego, lub wskutek błędów technicznych, a jedynie dlatego, że nie działa. Nowy otwór działa jedynie sprawnie w razie zupełnego zaniknięcia odźwiernika, wtedy jednak pociąga za sobą zaburzenia w sprawie trawienia. Pokarm omija dwunastnicę, która, jak wiadomo, odgrywa pierwszorzędną rolę w trawieniu. Badania promieniami ROENTGEN'a wykazały, że opróżnianie żołądka odbywa się zapomocą następujących po sobie z pewnemi przerwami skurczów. Do dwunastnicy dostaje się pewna ilość kwaśnej zawartości żołądka i z chwilą zetknięcia się jej ze ścianą dwunastnicy powstaje skurez odźwiernika; ten trwa do chwili aż nastąpi zneutralizowanie lub zalkalizowanie pod wpływem soku trzustkowego, dwunastnicy i wątroby; wtedy następuje otwarcie odźwiernika i nowa porcja pokarmu dostaje się do dwunastnicy. Z drugiej strony cały szereg badań wykazał, 1) że najważniejszą częścią sprawy trawienia zależy od wydzielin trzustki, wątroby i kiszki, 2) że wszystkie te wydzieliny produkują się pod wpływem sekretyny, 3) że wytwarzanie się sekretyny ograniczone jest do odcinka dwunastnicowo-kiszkowego z przewagą dwunastnicy, 4) że wytwarzanie sekretyny zależy od pobudzenia błony śluzowej dwunastnicy przez miążgę pokarmową.

Stąd widać, że dwunastnica odgrywa bardzo ważną rolę w sprawie wytwarzania soków trawiennych, służąc punktem ich wyjścia.

Stwarzając nowy otwór, przez to samo wykluczamy ten ważny odcinek kiszki. Jednak nie ulega wątpliwości, że w przypadkach wrzodu żołądka i jego rozszerzenia, zespolenie daje znaczną ulgę, a nawet niekiedy wyleczenie. FROUIN ten dobry wynik przypisuje właściwie niepożądanemu skutkowi tego zabiegu, polegającemu na powrocie zawartości kiszkowej do żołądka (*circulus vitiosus*); objaw ten nie należy do wyjątków, a stanowić ma stały skutek zespolenia. FROUIN uważa go nawet za pożyteczny w pewnych przypadkach: zawartość kiszki alkaliczna neutralizuje sok żołądkowy, a przeto zmniejsza ból i sprzyja zabliznieniu wrzodu. Wziąwszy więc pod uwagę, że otwór nowy nie działa, gdy odźwiernik jest drożny, autor dochodzi do wniosku, że zespolenie w tych przypadkach jest bezcelowe; natomiast może spowodować niepożądane powikłanie pod postacią wrzodu kiszki; a zatem powinno być zaniechane. Gdy zaś odźwiernik jest niedrożny, operacja ta przynosi ulgę; jednak należałoby oddać pierwszeństwo zabiegom, które zapewniając opróżnianie się żołądka, zachowują czynność dwunastnicy: do takich należy wycięcie odźwiernika (*pylorectomia*) lub przemieszczenie dwunastnicy. A zatem zespolenie należy uważać jako zabieg ratujący życie; ograniczyć stosowanie jedynie do przypadków zupełnej niedrożności odźwiernika, lub też tam, gdzie nie może być wykonana inna operacja, zachowująca sprawność dwunastnicy.

(Thèse. 1910. Podług *La Presse Médicale* 1910 r., Nr. 75).

F. Smużyński.

Sprawozdanie ze Zjazdu chirurgów polskich w Warszawie

od 6-go do 8-go października.

Opracował

Dr Wacław Dobrowolski.

POSIEDZENIE II.

Przewodniczący prof. KADER.

Dalszy ciąg dyskusji poprzedniego posiedzenia (*appendicitis*).

Dr KRAUZE przypomina o objawie ROVSING'a: uciskamy kieszkę grubą ze strony lewej, posuwając się w górę aż do kiszki ślepej—chory doznaje wtedy bólu w okolicy kątnicy. Jednakowoż objaw ten nie jest patognomicznym. Również i bolesność po stronie lewej [od smugi białej], o czym wspominał prof. KADER, niczego nie dowodzi. Co się tyczy wczesnej operacji, to nie może jej gorąco zalecać, gdyż wtedy nie można jeszcze mieć pewnego rozpoznania. Zwłaszcza dotyczy to dzieci, u których zapalenie płuc często maskuje zapalenie wyrostka robaczkowego. Radzi operować natychmiast po drugim napadzie.

Dr WOJNICZ [Łuck] przytacza obserwowany i operowany przez siebie przypadek ostrego ropnego zapalenia wyrostka robaczkowego w 5-ym miesiącu ciąży, jako *pendant* do wykładu dra BRONIATOWSKIEGO. Opisany przypadek świadczy, że ostre ropne zapalenie wyrostka nie zaszkodziło przebiegowi ciąży. W końcu swego przemówienia zapytuje, jaką czynność fizyologiczną wykonuje wyrostek?

Dr BRUDZIŃSKI omawia częstość zapalenia wyrostka robaczkowego u niemowląt i przytacza dwa własne przypadki: u 5-tygodniowego niemowlęcia i u 1½-rocznego dziecka. Jest zdania, że u dzieci należy operować wcześniej.

Doc. PRUSZYŃSKI uważa za zbyt ciężkie dowodzić, że po przebyciu napadu ostrego należy (*à froid*) operować jak najwcześniej. Gdy lekarz zostanie wezwany do chorego w okresie już nacieku twardego [plastron], można z operacją czekać, o ile tylko po przejściu stanu gorączkowego nie wystąpią znowu objawy gorączki, choćby nieznacznej, lub też intoksykacyi. Trudniejszą wydaje się sprawa operowania w ciągu pierwszych 24—48-u godzin z powodu trudności w rozpoznaniu. W praktyce jednak, jeżeli uwzględnić metodę wykluczania należyście, to rozpoznanie w małej zaledwie liczbie przypadków bywa niepewne. Ze względu, że przy zapaleniu wyrostka robaczkowego powikłania nawet najcięższe mogą zająć nagle i zupełnie niespodzianie, operowanie w pierwszym okresie choroby stanowi zabieg zupełnie racjonalny.

Dr RZĘTKOWSKI zaznacza ważne w etyologii *appendicitidis* znaczenie kataralnych spraw jelita grubego wogóle, a kątnicy—w szczególności. Podnosząc trudności rozpoznawcze pierwszych okresów zapalenia wyrostka robaczkowego, mniema, że długo jeszcze postulat wczesnego operowania nie da się praktycznie przeprowadzić.

Dr LEŚNIEWSKI stwierdza, że radykalizm chirurgiczny prof. KADERA od r. 1908 zyskał bardzo licznych zwolenników wśród chirurgów, a nie brak też i terapeutów, którzy dziś opowiadają się za możliwie najwcześniejszą ope-

racyą. Sam w zupełności podziela zdanie, że należy natychmiast operować chorego na ostre zapalenie wyrostka robaczkowego, i to w każdym okresie tegoż. Co do samego wykonania zabiegu, to należy zasadniczo dążyć do natychmiastowego usunięcia schorzałego wyrostka robaczkowego i pootwierać wszystkie ropnie, jakie tylko możemy stwierdzić w jamie otrzewnej.

Dr GOLDMAN [Łódź] twierdzi, że w ostrem zapaleniu wyrostka robaczkowego z ustalonym rozpoznaniem należy natychmiast operować. W przypadkach, trudnych do rozpoznania, konieczną jest wspólna obserwacja chorego przez chirurga i internistę — i w razie ustalenia się objawów, należy natychmiast przystępować do operacji. W jednym przypadku w usuniętym wyrostku znalazł śródt, bezpośrednio przyczynę choroby w danym razie.

Dr BORZYMOWSKI zwraca uwagę, że w etiologii zapaleń wyrostka robaczkowego należy uwzględnić zmiany zapalne w *coecum* i czynniki urazowe. Od 5-u lat operuje natychmiast wszystkie przypadki ostre, przyczem zejścia niepomyślnie zdarzają się tylko przy ropniach rozsianych i przy *appendicitis gangraenosa*. Zaś przy *peritonitis diffusa purulenta* [bez zrostów] zawsze miał zejście śmiertelne. Nawiązując do zastrzeżenia prof. KADERA, który wstrzymuje się od natychmiastowej operacji przy wyraźnym cofaniu się wstecz sprawy ostrej zapalnej, B. wątpi, czy ropnie okołowyrostkowe ulegają wessaniu lub otwierają się do światła jelit, ponieważ żaden chirurg nie widział blizn po takim samoistnym opróżnieniu ropnia. Rozpoznania mylne w ostrym okresie zdarzają się nader rzadko.

Dr ODERFELD niezawsze wycina wyrostek przy ostrem zapaleniu tegoż z utworzeniem ropnia. Najpierw tedy otwiera ropień i tamponuje go, a dopiero po pewnym czasie, *à froid* amputuje sam wyrostek. Postępowanie swoje objaśnia tem, że pierwotne zmiany destrukcyjne w wyrostku, nieraz bardzo znaczne, w okresie między przerwana operacją a drugą doszczętną znacznie się zmniejszają i przeto łatwiejszą się staje operacja radykalna. Z drugiej strony, usuwając wyrostek w pomienionych ostrych przypadkach, często zmuszeni jesteśmy zaszywać otwór w kątownicy na tkankach naciekłych, mocno zmienionych, kruchych, a więc szew staje się wielce niepewnym, a w każdym razie łatwo się tworzą przetoki kałowe.

Prof. KADER, otrzymawszy ostatni głos w dyskusji, zaznacza, że za wykonanie operacji nigdy ręczyć nie należy; jednocześnie atoli wyraża mocne powątpiewanie, czy ktokolwiek mógłby rokować wyzdrowienie z *appendicitis* bez operacji. Dlatego też operować należy koniecznie, bo środkami wewnętrznymi nie można leczyć zapalenia wyrostka robaczkowego. Nigdy nie można powiedzieć, jakie w danej chwili zachodzą zmiany anatomiczno-patologiczne w wyrostku i w jego sąsiedztwie [przy napadzie ostrym], więc postępowanie zachowawcze jest rzeczą wysoce ryzykowną. Z drugiej strony, przez wyczekiwanie wzmagają się trudności techniczne dla radykalnej operacji, łatwo powstają pooperacyjne przetoki kałowe. U kobiet przy takim konserwatywnie często następuje nieplodność. Pomyłki rozpoznawcze przy wczesnym operowaniu wprawdzie się zdarzają, lecz stosunkowo rzadko, a zresztą przyniosły one mniej szkody, niż konserwatywne leczenie zapalenia wyrostka robaczkowego. Co do samej techniki, to K. zazwyczaj prowadzi cięcie podłużne, pomiędzy smugą białą a zewnętrznym brzegiem prawego mięśnia prostego brzucha. Naczynia podwiązuje, nerwy odsuwa na bok, starając się ich nie uszkodzić. Wyrostek miażdży, podwiązuje struną i nakłada szew kapeiuchowy [z piętra]. Skórę zaszywa jedwabiem dla uniknięcia następczych przepuklin. W końcu swego przemówienia stwierdza, że radykalizm chirurgiczny odnośnie do *appendicitis* zrobił ogromne postępy.

Na tem zakończono dyskusję w sprawie *appendicitis*.

Dr SZUMAN mówi o „Wynikach operacji przepuklin pachwinowych u dzieci“. W ciągu ostatnich 11-u lat operował 78 przepuklin pachwinowych [w tem dwie uwiecznione] u dzieci w wieku od 16-go dnia życia do 6-u lat. Wypadku śmiertelnego nigdy nie miał. Operował według sposobu BASSINIEGO, typowo lub z pewnemi modyfikacyami. Wczesną operację przepukliny pachwinowej dziecięcej uważa za wskazaną wszędzie tam, gdzie noszenie paska przepuklinowego sprawia dziecku znaczniejsze dolegliwości, lub gdzie po kilkumiesięcznem noszeniu paska nie następuje zmniejszenie otworu przepuklinowego. Zresztą, pasek może spowodować uszkodzenie tak poważne, jak ropna zgorzel jądra, lub *peritonitis purulenta herniae* z wynikiem śmiertelnym, co mowca osobiście spostrzegał.

Dr RECHNIOWSKI [Suwałki] podaje „Przypadek uwiecznienia przepukliny pachwinowej w worku wodniaka jądra“. W zaciśniętym worku przepuklinowym [lewostronnym] znajdowała się esica i sieć, częściowo uległa zgorzeli. Rezekcyja z bocznem połączeniem. Śmierć 6-go dnia wskutek niedrożności jelit pooperacyjnej. Mowca zwraca uwagę na rzadkość występowania okrężnicy wogóle, a esicy w szczególności w workach przepuklinowych, oraz na rzadkość wgłobienia worka przepuklinowego w worek wodniakowy. W podobnych przypadkach wprawianie bezkrwawe jest nadzwyczaj niebezpieczne, jedynym zaś racjonalnym i koniecznym zabiegiem jest operacyja. Zejście śmiertelne w danym przypadku uzależnia od metody *side-to-side* połączenia jelit.

Dr HŁADIJ [Kraków], mówiąc „O operacyi przepukliny udowej“, opisuje sposób KADERA, jakim operują na klinice krakowskiej od 6-u lat. Zabieg ten polega na zaszcyciu kanału udowego dwoma piętami szwów i na wynicowaniu worka przepuklinowego do jamy brzusznej. Na udzie prowadzi się cięcie pionowe i wyosabnia worek. Następnie otwiera się jamę brzuszną, przedłużając bądź w prostym kierunku cięcie udowe ku górze, bądź w kierunku skośnym [modyfikacyja RADLIŃSKIEGO] na pochwę mięśnia prostego, który odsuwa się na bok i otwiera się jamę brzuszną na przestrzeni 2—3 ctm. Po wynicowaniu worka zamyka się górny otwór kanału 2—3-ma szwami jedwabnymi, przyszywając więzadło POUPART'a do okostnej gałęzi poziomej kości łonowej. Szwy nakłada się od tyłu i wewnątrz ku przodowi i na zewnątrz. Dolny otwór kanału udowego zaszywa się kilku szwami strunowymi w kierunku mniejszego napięcia. Worek przyszywa się możliwie wysoko do otrzewnej ściennej.

Dr BURSCHE referuje „O przepuklinie nadbrzuszej“. Są one zazwyczaj niewielkie, rzadko dochodzą do rozmiarów jaja kurzego i umiejscawiają się najczęściej tuż przy smudze białej. Powstawaniu ich sprzyjają: wiek dziecięcy, obfita ilość tkanki tłuszczowej, mała odporność ściany brzusznej, ciężka praca fizyczna i urazy. Mowca obserwował 54 przypadki takich przepuklin.

Prof. KRYŃSKI mówi „O modyfikacyach w operacyach doszczętnych przepuklin pachwinowych“. Operuje najczęściej metodą KOCHERA lub BASSINIEGO, przyczem nawroty zdarzają się w 7—8% operowanych przypadków. Przy tych nawrotach, oraz u ludzi starszych [powyżej 60-go roku życia] stosuje modyfikacyę, polegającą na t-m, że jądro wraz ze sznurkiem nasiennym umieszcza pomiędzy otrzewną a resztą powłok brzusznych, zatem kanał całkowicie może zaszyć. Z wyników takiego postępowania jest zadowolony; następczego zaniku jądra nie spostrzegał.

Dr RECHNIOWSKI opisuje „Przypadek obecności macicy szczątkowej w worku przepukliny pachwinowej“. Oprócz macicy, znajdował się tam jajowód i jajnik. Zawartość worka wycięto i wykonano operacyę BASSINIEGO. Ponieważ chora jednocześnie nie posiadała pochwy, przeto w tydzień po pierwszej operacyi wykonano operacyę *colpopoësis* według pomysłu SNEGIRIEWA: wgłobienie śluzówki wejścia pochwy do jamy kulszowo-odbytniczej lewej.

Dr MARCINKOWSKI [Piotrków] podaje „Dwa przypadki uwięzienia wstęcznego jelit cienkich“ w prawostronnej przepuklinie mosznowej i pachwinowej, oba z zejściem śmiertelnem. Z objawów tego cierpienia mowca zaznacza: na le uwieruchomienie przepukliny, dotychczas odprowadzalnej, objawy *occlusionis* wobec przepukliny miękkiej i mało wrażliwej, wreszcie bolesność brzucha na ucisk powyżej szyjki przepukliny.

Dr ŁAZAREWICZ [Poznań] mówi „O zamknięciu dwunastnicy pooperacyjnem“. Punktem wyjścia tego wykładu był przypadek *cystadenoma carcinomatosum ovarii*, w którym na trzeci dzień po operacji wystąpiły objawy, na zasadzie których prelegent rozpoznał zamknięcie dwunastnicy w związku z ostrym porażeniem żołądka. Wobec tego chorą ułożono w położeniu boczno-brzusznem i otrzymano w zupełności wynik pożądaný. Następnie Ł. omawia stosunki anatomiczne dwunastnicy i krezki jelit cienkich, wyniki sekcyjne, etyologię, rozpoznanie i terapię zamknięcia dwunastnicy na miejscu jej krzyżowania się z trzonem krezki. Co do patogenetyki tego cierpienia, to mowca jest stronnikiem teorii „porażennej“, polegającej na jednoczesnem i przejściowem porażeniu żołądka i jelit. Sprawdzianem słuszności tej teorii jest skuteczność terapii SCHNITZLER'a.

Dyskusya:

Dr ŚMIECHOWSKI operuje przepukliny u niemowląt metodą KOCHERA: na szew z *fil de Florence* nakłada opatrunek kolodyonowy. Przeciwwskazania do operacji: zapalenie oskrzeli, zaburzenia przewodu pokarmowego. Zasadniczo Ś. operuje przepukliny w wieku dziecięcym.

Dr POMORSKI podnosi konieczność operowania przepuklin pachwinowych u dzieci. Stanowczo jest przeciwny noszeniu paska, który stale podtrzymuje nieczystość, powoduje powierzchowne zapalenie powłok brzusznych i sprzyja powstawaniu stwardnień bliznowatych, osłabia ścianę brzuszną i wreszcie—powiększa przepuklinę. Operuje jednakże dopiero po upływie pierwszego roku życia, głównie sposobem BASSINIEGO, mniej—KOCHERA.

Prof. KRYŃSKI metodzie KADERA operowania przepuklin udowych stawia dwa zarzuty: 1) otwieranie jamy brzusznej uważa za zupełnie zbyteczne i 2) przyszycie w tem miejscu więzadła pachwinowego do okostnej kości łonowej nazywa wogóle niemożliwem. A jeśli to jest możliwe, to w takim razie przyszycie takie może spowodować zaciśnięcie wielkich naczyń.

Dr CZAJKOWSKI [Sosnowiec] operuje przepukliny u dzieci sposobem KOCHERA. Na ranę stosuje maść kseroformową. Wyniki późne operacji są zupełnie dobre.

Dr L. ZEMBRZUSKI jest zwolennikiem operowania u dzieci przepuklin pachwinowych, ponieważ na zasadzie własnych 80-u przypadków przyszedł do przekonania, że operacya jest tu zabiegiem bardzo wdzięcznym. Sam wiek nie stanowi przeciwwskazania do operacji. Należy jak najwyżej podwiązywać *proc. vaginalis* i zeszywać „*crura*“ najprostszym sposobem.

Dr MIECZKOWSKI [Poznań] zwraca uwagę, że przepukliny nadbrzuszne nie sprawiają znaczniejszych dolegliwości, jeżeli zawartość przepukliny stanowi tłuszcz przedotrzewny. W braku wyraźniejszego woreczka lejkowate wgłębienie otrzewnej wyjaśnia powstawanie dolegliwości. A jeśli niema i tego, to należy wykonać cięcie brzuszne, aby wykryć źródło cierpienia. W jednym przypadku M. wykrył w ten sposób kamicę żółciową.

Dr SAWICKI operuje przepukliny udowe sposobem SALZER'a, zamykając otwór płatem mięśniowo-powięziowym. Jeżeli zaś otwór kanału jest bardzo duży [przypuszcza 2 lub 3 palce], wtedy zamyka go płatem okostnowo-kostnym, wyciętym z kości łonowej [sposób TRENDLENBURGA].

Dr FALGOWSKI kilkakrotnie miał możność przekonać się, że rozpoznanie zamknięcia dwunastnicy z zejściem śmiertelnem okazało się na autopsyi jako

złepne zapalenie otrzewnej. Dlatego też z rozpoznaniem zamknięcia dwunastnicy jest bardzo wstrzemięźliwy.

Prof. RYDYGIER przy przepuklinach u dzieci zakłada pasek, ponieważ tenże, będąc dobrze przystosowanym i ściśle dozorowanym, krzywdy nigdy nie wyrządza. Wyniki po dobrem stosowaniu paska nie są gorsze, niż po operacji. Operuje zaś tylko w tych razach, w których nie można oczekiwać umiejętnego obchodzenia się z paskiem.

Dr SZUMAN przypomina o następstwach nieumiejętnego obchodzenia się z paskiem, o czem mówił już w swym referacie.

Dr W. ŁAPIŃSKI zasadniczo operuje przepukliny pachwinowe u dzieci, przyczem u dzieci starszych stosuje metodę BASSINIEGO, a u młodszych sposób BROCA: po wysokim podwiązaniu worka przepuklinowego chwytą szeroko w szew mięśnie brzucha i przyszywa je do więzów POUPART'a. Zamiast paszków z pelotami u bardzo małych dzieci stosuje opaskę z pasma bawełny, używaną na klinice dziecięcej w Wiedniu. Węzeł tej opaski dobrze utrzymuje przepuklinę. Zaleca tę metodę dla praktyki ambulatoryjnej.

Dr ZAREMBA [Husiatyn] operował przypadek uwięźnięcia 2-u pętli jelita cienkiego w worku przepuklinowym, a trzeciej—wewnątrz jamy brzusznej, czyli t. zw. *in carceratio en W.* Rezekcyą wszystkich tych pętli z powodu zgorzeli, połączenie guzikiem MURPHY'ego. Po 3-ch dniach niedrożność jelit z powodu zatkania światła guzika przez kłębek *Ascarides*. Ponowna rezekcyą i zeszycie jelit—zejście śmiertelne.

Prof. RYDYGIER jeszcze raz w odpowiedzi SZUMANOWI zaznacza z naciskiem, że po dokładnem nałożeniu paska i przy umiejętnym nadzorze wykluczone są te złe następstwa, o których wspominał Sz. W innych zaś przypadkach i R. zaleca operację.

Prof. KADER broni swej metody operowania przepuklin udowych, wyliczając zalety tej metody.

Dr OSTROWSKI [Lwów] wygłasza referat „O gruźlicy kątnicy“ na podstawie 20-u przypadków, operowanych w lwowskiej klinice chirurgicznej. W etyologii tego cierpienia zasługują na uwagę: pierwotne zmiany w narządach oddychania, zmiany gruźlicze w gruczołach krezkowych, w wyrostku robaczkowym. W zakresie leczenia prelegent zaleca jednoczasową rezekcyę z całkowitem zamknięciem jamy brzusznej, co dało 87,5% wyleczeń. Enteroanastomozę zaleca tylko w tych przypadkach, w których zmiany anatomopatologiczne wymagają zbyt rozległej rezekcyi, lub przy ogólnym upadku sił, wreszcie — przy wielkich trudnościach technicznych dla rezekcyi.

Dr DOBRUCKI referuje „Przyczynek do patologii i chirurgii wglowień, powstających w okolicy kątnicy“. Mowca jest przekonany, że wszystkie wglowienia w okolicy kątnicy powstające, o ile ta ostatnia nie pozostaje *in situ*, są to wpochwienia, rozpoczynające się od wyciowania kątnicy, a więc—wglowienia *coeco-colicae*. W dalszym ciągu przypuszcza, że niektóre postaci t. zw. *pseudoappendicitidis* nie są niczem innym, jak tylko początkowym wglowieniem, lub może tylko wyciowaniem kątnicy, które po przejściu skurczu powraca do normalnego stanu, dzięki warunkom anatomicznym [zupełne umocowanie kątnicy], nie pozwalającym na powstawanie rozległych wglowień. Omówiwszy rozmaite metody w swych 26-u przypadkach, zastanawia się nad sposobem zabezpieczenia chorego od nawrotów tego cierpienia i przychodzi do wniosku, że w tym celu należy unieruchomić kątnicę i sąsiedni z nią odcinek okrężnicy wstępującej, przyszywając je do otrzewnej ściennej bocznej, możliwie daleko ku tyłowi.

ODCINEK.

V Międzynarodowy Kongres ginekologiczno-akuszeryjny w Petersburgu.

Podał

Józef Jaworski.

II.

Kongres odbywał posiedzenia swoje w t. zw. Cesarskim Instytucie Klinicznym akuszeryjno-ginekologicznym. Zakład ten przechodził różne koleje, zaczął się jednakże rozwijać pod względem leczniczym i naukowym, gdy w r. 1893 dyrektorem jego został prof. de Ott. Instytut, według statutu, ma na celu, jako wyższy zakład naukowy specjalny, wszechstronne nauczanie akuszeryi i ginekologii, a także naukowe badania nad sposobami najbardziej skutecznymi leczenia chorych w zakresie tych specjalności. Istotnie liczba kształcących się dosięgła [w r. 1909] 321 osób, a liczba prac naukowych za lat 8—137. Aby Instytut postawić na stopie właściwej, podjęte były starania, żeby odpowiadał wymaganiom naukowo-lekarskim, a pod względem technicznym, żeby był wzorowym. Dlatego plany ogólne budowli i projekt urządzenia Zakładu podane zostały do wiadomości w prasie lekarskiej rosyjskiej i zagranicznej (w *Monatsschrift f. Geb. u. Gynäkologie*, 1900) z prośbą o uwagi i krytykę, i były rozpatrywane i roztrząsane przez specjalistów i koryfuszów ginekologii. W ten sposób zainteresowano sprawą budowy i urządzenia przyszłego Instytutu cały świat naukowy, co poniekąd zapewniło, że stanęła instytucja, pod względem wykonania i urządzenia stanowiąca ostatnie słowo techniki, a dzięki bogactwu i dokładności, a także harmonii urządzeń wszystkich, będąca w swoim rodzaju jedyną nie tylko w Rosyi, ale może i w Europie. Z nowszych szpitali, które znam, żaden nie dorównywa pod względem urządzenia Instytutowi temu. Urządzenia np. w szpitalu VIRCHOW'a w Berlinie, który kosztował 22 miliony marek, sal dla chorych, sal operacyjnych, pracowni i t. d. przedstawiają się w stosunku do Instytutu, jak skromne mieszkanie średniozamożnego mieszczanina do komnat książęcych. Natomiast dział gospodarczy — kuchnie, pralnie i t. d. w szpitalu VIRCHOW'a, zarówno, co do swego ogromu [na 2000 parset osób], jak i technicznych urządzeń — śmiało rywalizują ze wszystkimi, jakie się spotyka w Europie.

Znam jeden szpital, który już zewnątrz przedstawia się wspaniałej [Instytut Petersburski zewnątrz wygląda skromnie], a tym jest szpital Św. Tomasa w Londynie, stojący naprzeciwko parlamentu, po drugiej stronie Tamizy. Już samo położenie szpitala tego nad rzeką, na wybrzeżu, jego ogrom, siedem 4-piętrowych pawilonów, połączonych z sobą galerią, wraz z oddzielnym na uboczu stojącym gmachem, w którym się mieści szkoła lekarska, jej zbiory, audytorya, biblioteka i t. d., stanowi wprost widok imponujący, z którym trudno robić porównania.

Wnętrze Instytutu akuszeryjno-ginekologicznego w Petersburgu, już w przedsionku, przypomina szpital Św. Tomasz a w Londynie. Zarówno tutaj, jak i tam nawet przedsionek, wraz ze wspaniałymi marmurowymi schodami, kolumnami granitowymi podobniejszy jest do wejścia do pałacu królewskiego, aniżeli do zakładu dobroczynnego. Wprawdzie w przedsionku szpitala Św. Tomasz a stoi posąg królowej Wiktorii z kararyjskiego marmuru naturalnej wielkości, a na około stoją popiersia ludzi, którzy dla tego szpitala dobrze się zasłużyli, poza tą jednakże różnicą zdobniczą, jak tutaj, tak i tam panuje w całym zakładzie wytworność. Rzecz naturalna, że szpital londyński, jako bez mała przed pół wiekiem wybudowany, ustępuje co do urządzeń technicznych Instytutowi, który posiada pod tym względem wszystko najnowsze.

Cała budowa Instytutu akuszeryjno-ginekologicznego położona w dawnym ogrodzie giełdy, otoczona więc jest zadrzewieniem, a składa się ona z gmachu głównego, korpusu gospodarczego, wraz z oddziałem maszyn, korpusu mieszkaniowego dla dyrektora i profesorów z osobnym podjazdem, oficyny dla służby, pawilonu sekcyjnego, zabudowań gospodarczych.

Gmach główny dwupiętrowy mieści oddział naukowo-pedagogiczny, znajdujący się w korpusie środkowym, frontowym, z fasadą, zwróconą do ulicy—Linia Uniwersytecka. Do oddziału tego należy także i pawilon sekcyjny, osobno i oddzielnie położony. Prawe skrzydło gmachu głównego z fasadą, zwróconą na skwer, mieści oddział ginekologiczny z ambulatoryum i apteką na parterze; symetrycznie zaś położone skrzydło lewe z całym szeregiem pawilonów zajęte jest pod oddziały porodowy i poporodowy.

Od tyłu na głównej osi planu gmachu i miejsca, łącząc skrzydła oba gmachu głównego, znajduje się korpus gospodarczy z wielką pralnią, kuchnią, piekarnią i ze wszystkimi urządzeniami mechanicznymi centralnemi Instytutu.

Parter gmachu głównego, zajęty jest głównie na mieszkanie personelu służbowego [160 osób], administrację, kancelaryę, stację telefoniczną, na której znajduje się t. zw. zegar normalny, regulujący czas 160 zegarów elektrycznych, znajdujących się w Instytucie. Szeroki korytarz parteru łączy wszystkie oddziały gmachu głównego z korpusem gospodarczym. Cała zwykła gospodarza robota odbywa się w korytarzu dolnym.

Do każdego oddziału i pawilonu zapomocą wind hydraulicznych dostarczane bywają: jedzenie, bielizna i t. d., stosownie do przeznaczenia, a wszystko zużyte i niepotrzebne z wyższych pięter bywa opuszczane na dół, i stąd przez korytarze rozdzielane do pomieszczeń specjalnych, do kuchni, pralni, do kamery dezynfekcyjnej. Na parterze gmachu głównego znajdują się garderoby [500 szafek] i wanny dla lekarzy i uczennic szkoły akuserek. Kąpiele bywa wydawanych od 100—150 dziennie, głównie dla uczennic; wanna jest urządzona w ten sposób, że na napełnienie wodą potrzeba dwu minut, na opróżnienie nie całe 5 minut.

Instytut posiada wszelkie urządzenia pierwszorzędne, nie tylko lekarskie, które spotyka się i gdzieindziej, lecz i sanitarno-hygieniczne, co bywa rzeczą rzadszą.

A więc—własny wodociąg z filtrami; filtry CHAMBEAU; wodę sterylizowaną, rozprowadzoną po całym instytucie, mianowicie w 30-u umywalniach jest woda sterylizowana, ogółem zaś umywalni do rąk z wodą gorącą i zimną Instytut posiada 280; nadto, 68 kranów z wodą sterylizowaną do picia; wannie—58; spluwaczek z obramowaniem porcelanowym od strony ściany—kilkadziesiąt.

Oprócz tego z innych urządzeń wymieniam: aparat do przygotowywania wyjałowionego roztworu soli; maszyny do wyrobu sztucznego lodu [ste-

rylizowanego]; wentylację elektryczną tłocząco-ssącą, która posiada sygnalizację automatyczną; wentylację można normować w oddziałach; filtrowanie i zwilgotnianie powietrza zapomocą aparatów rozpylaczy; wewnętrzne połączenie telefoniczne wszystkich ubikacji Instytutu i osobne telefony przy każdym łóżku, połączone z pokojem dyżurnych i służbowym. Pragnąc przywołać do telefonu służącą, wystarczy zdjąć tylko trąbkę słuchową. Oprócz tego przy każdym łóżku jest bardzo czuły dzwonek elektryczny. A dalej Instytut posiada kamery formalinowe do sterylizacji; oczyszczanie i zwilgotnianie powietrza zapomocą nasycania parą; krematoria gazowe do palenia opatrunków i t. p. we wszystkich oddziałach klinicznych, salach operacyjnych i pracowniach; łaźnie dla służących; wanny, jak już nadmieniałem, dla lekarzy i uczennie przybywających na dyżur.

Wszystkie sale Instytutu otrzymują, właściwiej zaopatrywane są w powietrze oczyszczone, ogrzane i zwilgotnione, które rozchodzi się po gmachu ze specjalnej stacji—zbiornika, zapomocą kanałów. Kanały te na każdym piętrze posiadają otwory, jakby okna z szybami lustrzanymi, w celu kontrolowania czystości. Specjalne kanały, przez które dostaje się powietrze do sal operacyjnych, są wyłożone opaliniem koloru białego, a powietrze w nich, nim się dostanie do sal, przechodzi przez cały szereg filtrów i aparatów do uwilgotniania—jest ono przeto zupełnie czyste bez pyłu, kopcia.

Podłoga na korytarzach, w ambulatorium i t. p. jest z płyt metlachowych, w salach operacyjnych z opaliny francuskiego. Podłoga w salach chorych betonowa, na której ułożone linoleum, pokryte masą z ripolinu [ripolin], a także masą eubeolitową [system BOSSARD'a]. Podłoga taka, istotnie bardzo wytrzymała przy chodzeniu, zatrzymuje ciepło, a jak nas zapewniano, jest trwała i łatwa do naprawy. Tym samym ripolinem pomalowane są drzwi i okna w salach operacyjnych. Nawiasowo nadmieniam, że umeblowanie Instytutu częściowo pochodzi od firm warszawskich [KONRAD i JARNUSZKIEWICZ i także LANGE i DRZEWIECKI]; narzędzia od firmy STILLEGO ze Sztokholmu; przyrządy fajansowe, porcelanowe, wanny, kłozety, umywalnie i t. d. z Ameryki; przyrządy do oświetlenia z Anglii.

Przechodzę obecnie do naszkicowania, jak się przedstawiają pod względem rozkładu i urządzenia najważniejsze oddziały Instytutu: akuszeryjny i ginekologiczny. Oddział akuszeryjny zajmuje całą lewą połowę Instytutu — pierwsze i drugie piętro, posiada oddzielne: podjazd, wejście z przedsiionkiem i windę. Oba piętra są jednako rozplanowane — duży, wzdłuż budynku korytarz, do którego od strony południowo-zachodniej przylegają sale dla rodzących, a pod kątem prostym z salami temi z drugiej strony łączą się 3 pawilony, z których każdy posiada jednakowy korytarz, i sale znów ze strony południowej.

Na całym pierwszym piętrze [z wyjątkiem I pawilonu] znajduje się oddział porodowy. Na drugim piętrze—oddział poporodowy na 96 łóżek. Oddział poporodowy składa się z dwu zupełnie jednakowych, co do urządzenia, pomieszczeń, znajdujących się w 2-im i 3-im pawilonach. Oddział porodowy jest podwójny, aby mógł być czynny na zmianę: gdy jeden bywa oczyszczany, odkazany [powietrze parę razy na godzinę może być zmienione], w drugim lokalu odbywają się porody, i odwrotnie. Każdy oddział taki składa się z 3-ech sal porodowych, każda dla 1-ej rodzącej, i 1-ej dużej—dla 6-u rodzących. Wzdłuż korytarza znajdują się sale operacyjne duża i mała, jednakowo urządzone; sala do badania rodzących, sala dezynfekcyjna i pokój dla dyżurnych akuserek. Przybyła rodząca: z sali do badania, właściwiej do oglądania, przechodzi do pokoju kąpielowego, a stąd przebrana w bieliznę sterylizowaną, ogrzaną w niklowanym ogrzewaczu, udaje się do pokoju dezynfekcyjnego, gdzie

uskuteczniają odkażenie części rodnych i dopiero następnie, dostaje się do sali porodowej. Zdjęte z przybytej ubranie, włożone do worka, Zimmermanowane i zaplombowane, przesyłane bywa do kamery dezynfekcyjnej formalinowej i oddawane przy wypisywaniu chorej. Gdy rodząca jest zainfekowana, przeprowadza bywa od razu do oddziału izolacyjnego, do t. zw. lazaretu.

Do części korytarza, która odpowiada środkowi pawilonów z salami dla rodzących, przylegają dwie sale operacyjne: duża i mała, obok pokój sterylizacyjny, aparat do przygotowywania roztworu solnego, krematoryum do opatrunków, specjalne urządzenia do mycia i czyszczenia narzędzi i t. d.

Oddział poporodowy zajmuje całe drugie piętro i składa się z szeregu sal na 4—11 łóżek; ogółem—na 84 łóżek, wyłącznie dla bezpłatnych położnic, dla płatnych przeznaczono tylko 12 łóżek na pierwszym piętrze 1-go pawilonu. Łóżka i pościanie nie posiadają cech odrębnych. Irrygatory znajdują się na ruchomych kroksztynach, na końcu których przytwierdzone są lampki elektryczne, co ułatwia robienie tualety chorych. Basen jest przytwierdzony na ruchomej statywie do nogi łóżka, aby dno jego się nie walało. Do kąpienia i ważenia noworodków są osobne pokoje, w których znajduje się po kilka fajansowych wanienek. Ciężota wody w wanienkach przez cały czas kąpieli, dzięki odpowiedniemu urządzeniu, bywa stale jednaka; do polewania wodą dziecka przy każdej waniencie istnieje tusz. Chrzczenie dzieci odbywa się w Instytucie, w kaplicy o stylu bizantyjskim, posiadającej oddzielne wejście.

Oddział izolacyjny z t. zw. lazaretem, na 30 łóżek po 1—2-u na sali, zajmuje 1-e i 2-e piętro czwartego pawilonu, w oddzielnym skrzydle gmachu, z oddzielnym wejściem od ulicy. Oddział izolacyjny jest zupełnie wyodrębniony od całego Instytutu, posiada nawet osobny etat: dozorczyńni, akuszerki, służby. Urządzenia takie same, jak w całym zakładzie z odmianami, zależnymi od charakteru oddziału.

Oddział ginekologiczny zajmuje pierwsze i drugie piętro prawej strony Instytutu i posiada 44 łóżka, których liczba zwiększoną być może o 12. Wszystkie sale oddziału ginekologicznego, pojedyncze i na 4—6 łóżek, zwrócone są na południe. Oddział posiada osobny podjazd, wejście i windę, w której stanąć może wygodnie łóżko z chorą. Rozmiary sal najczęściej = 5 × 8 arszynów i więcej. Podłoga w salach dla chorych betonowa, pokryta linoleum, które na spadkach, brzegach pokoju, zaszpansowane i całe pomalowane olejną [emaliowaną] jasno-błękitną farbą. Podłoga taka, sprawiająca wrażenie monolitu, podobno niedroga, ciepła, a jak nadmieniałem miękka; stąpa się po niej, jak po strzyżonym dywanie; utrzymywana być może w czystości idealnej. Ściany pomalowane farbą olejną, matową. Pomiędzy ramami okien znajdują się ciepłorodne baterie, które zapobiegają potnieniu, zamarzaniu okien i ciągowi zimna. Kanaly dla dostarczania powietrza ogrzanego w każdej sali blisko sufitu; w celu odprowadzania zepsutego — u dołu, około podłogi. Oprócz tego w każdej sali istnieje specjalny otwór dla wentylatora elektrycznego przenośnego, aby w razie potrzeby zwiększyć ciąg. W warunkach zwykłych zmiana powietrza w salach odbywa się 2½ raza w ciągu godziny. Po nadto, są przenośne wachlarze elektryczne, używane między innymi także do cucerania po narkozie. Umeblowanie pokoi dla chorych wprost wytworne; meble kryte safianem barwy ciemno-błękitnej.

Na końcu korytarza jest sala jadalna dla chorych [dwa duże stoły, pod ręczny kredens ze szklami, porcelaną i t. p.], krzesła; samowary niklowe, ogrzewane zapomocą elektryczności. Obok jadalni bufet; jest ich w Instytucie kilka, a wszystkie urządzone według jednego typu. Tutaj kredens z zastawą porcelanową i szklaną, bielizną stołową; przyrząd metalowy niklowany

do ogrzewania potraw, talerzy; wielki rezerwoar fajansowy z wodą zimną i gorącą do mycia naczyń; lodownia pokojowa. W bufetach tablica z numerami od telefonów przy łózkach chorych, co przyspiesza załatwianie życzeń chorych i oszczędza służbie biegania, aby dowiedzieć się pogo jest wzywana. Oddzielne bufety na piętrach połączone są windą z bufetem głównym na parterze, skąd jedzenie rozwożone bywa do oddziałów. Około sali jadalnej jest pokój bawialny odpowiednio umeblowany, z biurkiem, z szafami na książki, czasopisma, dzienniki.

Dział leczniczy Instytutu uzupełnia cały szereg środków, przyrządów, maszyn i metod, którymi Zakład rozporządza i które, jako oddziały, gabinety, są dobrze urządzone i odpowiednio zaopatrzone, stanowią nieodłączną część całości. Toż samo — dział naukowy — biblioteka, pracownia, co do bogactwa materiału, urządzeń, środków i pomocy naukowej, nie pozostawiają nic do życzenia. Dla braku miejsca zamiast opisu, poprzestaję na wyliczeniu składowych części, wymienionych oddziałów.

I. Oddział do leczenia metodami—fizykalnymi: a) wodolecznica; b) leczenie kąpielami i okładami z błota (fango); łaźnia rzymska (suchem powietrzem gorącym); c) gabinet elektroterapeutyczny; d) gabinet do leczenia światłem wogóle i światłem kolorowem w szczególności; e) gabinet do radioterapii i rentgenoskopii; f) gabinet do leczenia gazem (kwasem węglowym); g) gabinet do leczenia masażem zwykłym i wibracyjnym; h) organy ze specjalnym uwzględnieniem rejestru dla badania wpływu fal głosowych na ustrój człowieka zdrowego i chorego; i) weranda — leżalnia, zwrócona na południe, gdzie przez rok cały przebywają chore w łózkach.

II. Pracownie: a) Pracownia histologiczna i anatomo-patologiczna; chemiczno-rozbiorowa. b) Pracownia bakteriologiczna. Pracownie mieszczą się w 3-ch dużych pokojach i 1-ej sali, w której 10 stołów do badań mikroskopowych; przy każdym stole znajduje się gaz, światło elektryczne, kran z wodą sterylizowaną, krematorium. Obok pracowni gabinet zarządzającego pracowniami. c) Oddział dla prac doświadczalnych z patologii z pomieszczeniem dla zwierząt. d) Gabinet fotograficzny. e) Muzeum środków naukowych. f) Muzeum anatomo-patologiczne. (Zbiór miednic: 478 miednic osób dorosłych; 150 miednic płodów i dzieci). g) Biblioteka. (43-y szafy z pułkami ruchomymi na 10,000 tomów). h) Dwa audytorya (na 162 miejsca) z lampami do projekcji. i) Sala do zajęć nad ginekologią i akuszeryą operacyjną. Już tylko samo wyliczenie urządzeń tych daje dokładne wyobrażenie o zaopatrzeniu wszechstronnem, zupełnem Instytutu w środki lecznicze i naukowe.

Wszystkie budynki zajmują przestrzeń 6,200 sążni kw., a objętość ogólna wszystkich budynków Instytutu wynosi około—16,500 sążni sz.

Koszt budowy całej i urządzenia wyniósł ogółem 3,500,000 rub. Jeden sążeń kubiczny kosztował zatem 212 rb.

Projekt urządzenia Instytutu opracował i przedstawił leib-akuszer prof. de Orr, projekt architektoniczny prof. architektury, BENOIS.

Działalność Instytutu (za r. 1909) wyraża się w następujących cyfrach: Chore dni szpitalnych przepędziły 43 545. Pomoc lecznicza w oddziałach akuszeryjnym, ginekologicznym, w ambulatorium, w oddziale fizykalnym, wyraża się cyfrą 25,072. Operacji dokonano 2,237, z tego laparotomii 207. Uczących się było 1,183, z tego lekarzy 321. Stan sanitarny ująć można w następujące cyfry: ‰ gorączkujących 11,47; ‰ śmiertelności wogóle 0,39; ‰ śmiertelności od septycznych zachorowań—0,21.

Na zakończenie parę drobnych szczegółów, dotyczących urządzenia sal operacyjnych w Instytucie. Powietrze zmienia się w salach operacyjnych

parę razy na godzinę i, jak już wiemy, wchodzi przefiltrowane i ogrzane. Oprócz wentylacji elektrycznej wyciągowej są do sal przeprowadzone dwie rury do pary, działające na wzór dwu wielkich pulweryzatorów. Ponieważ para przedostaje się do sali pod dużym ciśnieniem, przenika przeto w szczeliny i nierówności, a kondensując się, unieruchamia pył i kurz, znajdujący się w powietrzu.

Urządzenie podobne, acz prostsze, widziałem w największym szpitalu londyńskim — *London Hospital*, na sali operacyjnej dra GEO GUNTHROPE'a. Tam jednakże sala operacyjna napełniana była powietrzem, nasyconem parą z karbolem, wprost zapomocą dużego pulweryzatora. Był to niejako spray karbolowy. Atmosfera na sali była wprost nieznośna, zwłaszcza, że sama sala i kręte do niej korytarze, całe wyłożone płytami fajansowymi, znajdują się pod ziemią. Natomiast w salach operacyjnych Instytutu, umiarkowana wilgotność powietrza obok czystości jest bardzo przyjemna.

Drzwi do sal operacyjnych w Instytucie Petersburskim są nie na zawiasach, lecz na rolkach i otwierają się wzdłuż ściany, aby nie wywoływać niepotrzebnego falowania powietrza. Ciepłota sal operacyjnych łatwo podwyższaną być może do 27—28-u R.

Dla pragnących przypatrywać się operacji wejście osobne, a trybuny dla nich amfiteatralne, ruchome.

Na tem samym drugim piętrze, naprzeciwko dużej sali operacyjnej, znajduje się wielka sala aktowa. Do sali, z korytarza wspaniałego, o sklepienym suficie, wspartym na kolumnach granitowych, monolitowych, prowadzą 3 drzwi. Sala ma siedem wielkich okien, wychodzących na fronton gmachu. Sala posiada wentylację elektryczną, która 3 razy na godzinę zmienia powietrze. Przyćmienie światła, t. j. opuszczanie zasłon okiennych, odbywa się automatycznie w ciągu 5-u sekund zapomocą motoru elektrycznego.

W sali oprócz katedry, wygodnych foteli, latarni do projekcji, znajdują się duże organy o 46-u registrach. Organy te służą, jak nadmienilem, do badania wpływu różnych połączeń fal głosowych na czynności organizmu ludzkiego. Oprócz tego organy te używane są, jako instrument muzyczny, a dzięki temu, że znajduje się w nich cały szereg mikrofonów, od których przeprowadzone są przewody do łóżek chorych, z muzyki, a także z nabożeństwa w święta korzystają i te chore, które leżą w łóżkach: w tym celu do aparatu telefonicznego przymocowyya się specjalny aparat słuchowy.

List otwarty do Redakcyi „Gazety Lekarskiej“.

Szanowny Panie Redaktorze!

Kol. ZYGMUNT MESSING w Nr. 43 „Gazety Lekarskiej” r. b. umieścił swą pracę pod tyt. „Wągrów zapalenie miękkich opon mózgu i rdzenia”, w której, troskliwie uwzględniając obce piśmiennictwo tego przedmiotu, pominął całkowicie odnośną literaturę polską. W celu uzupełnienia artykułu kol. MESSINGA, pragnę przypomnieć, że w r. 1903 ogłosiłem w Gazecie Lekarskiej wraz z kol. J. WINIARSKIM pracę z oddziału dra K. CHEŁCHOWSKIEGO, pod

tytułem „Kilka przypadków wągrów i bąblowca mózgu oraz uwagi o częstotści różnych tasiemców w Warszawie“. W pracy tej, prócz uwzględnienia całej odnośnej literatury polskiej i danych, otrzymanych na podstawie przejrzenia 2048 protokółów sekcyjnych, ogłosiliśmy trzy własne przypadki wągrów mózgu, z tych zaś jeden dotyczył właśnie wągra groniastego (*cgsticercus racemosus*), który w dużej ilości mieścił się w głębi brózd mózgowych w miękkich oponach obudwu półkól.

Mając nadzieję, że Szanowna Redakcja nie odmówi mi umieszczenia w Gazecie tych kilku słów, skreślonych *pro domo nostra*, łączę wyrazy poważania.

Wł. Żenczyłowski.

Wiadomości bieżące.

— W dniu 21-ym b. m. odbyło się zebranie ogólne członków Warszawskiego Towarzystwa Przeciwgruźliczego, na którym większością głosów wybrano ponownie do Rady Towarzystwa pp.: dra A. SOKOŁOWSKIEGO, dra O. HEWELKEGO, M. BIAŁOBRZESKIEGO i ks. SZKOPOWSKIEGO.

— Z powodu Zjazdu Przemysłowo-Balneologicznego we Lwowie, w d. 29, 30 i 31-ym października r. b. zwołane zostało posiedzenie nadzwyczajne Sekcji Balneo-Klimatologicznej Tow. Hyg. Warsz. w d. 20 X r. b. na którym po dłuższych rozprawach nad programem Zjazdu, uchwalono przesłać do Prezydium Zjazdu [prezes dr K. KRZYŻANOWSKI i wiceprezes prof. R. RENCKI] następujące wnioski w imieniu Sekcji Tow. Hyg. Warsz.; „Sekcja Balneo-Klimatologiczna Warsz. Tow. Hyg., zebrana na posiedzeniu nadzwyczajnym w d. 20. X. 1910, zwołanem z powodu ogłoszenia programu Krajowego Zjazdu Przemysłowo-Balneologicznego we Lwowie, na dzień 29-go, 30-go i 31-go października 1910 r., wyrażając prawdziwe uznanie inicjatorom tego ważnego przedsięwzięcia i powołując się na zapoczątkowane lub opracowane już dawniej przez Sekcję dezyderaty odnośnie metod, środków i sposobów, zmierzających do podniesienia polskich zdrojowisk i uzdrowisk pod względem ekonomicznym, leczniczym i naukowym, uważa za pożyteczne dla sprawy tej—przesłanie do Prezydium Zjazdu obecnego następujących wniosków, uchwalonych przez Zjazd Balneologiczny w Ciechocinku w dniu 8-ym czerwca 1908 r.“. Tutaj następuje wyliczenie poszczególnych wniosków, zawartych w referacie J. JAWORSKIEGO [Gazeta Lekarska 1908]. Wnioski te na posiedzeniu w dniu 20-go b. m. potwierdzono.

Ponadto, w ostatecznym wniosku Sekcja Balneo-Klimatologiczna Warsz. Tow. Hyg. wyraża przekonanie, że tylko tak szerokie uwzględnienie potrzeb zdrojowisk i uzdrowisk polskich, jakie sobie nakreślił obradujący obecnie we Lwowie Zjazd Przemysłowo-Balneologiczny, oraz jak najprędze wprowadzenie reform pod względem ekonomiczno-gospodarczym, balneotechnicznym, leczniczym i naukowym w polskich zdrojowiskach i uzdrowiskach, podnieść może ich stan obecny i zapewnić im zaufanie publiczności i lekarzy, a tem samem powodzenie trwałe i zupełne.

— Niedawno założonemu Muzeum Hygienicznemu w Częstochowie, którego ogromnej doniosłości społecznej dla ludności włościańskiej naszego kraju nie potrzebujemy podnosić, zagraża, według wiadomości pism codziennych, upadek z powodu ciągnącego na niem długu 3000 rub.

— W Berlinie w czasie zaburzeń strejkowych zgłosiło się na stację ratunkową kilku poranionych. Po pewnym czasie policja zażądała wyłania nazwisk rannych; lekarze odmówili, zasłaniając się tajemnicą lekarską. Wtedy policja na mocy „wyższego rozkazu“ zabrała przemocą książkę chorych.

— Liczba cudzoziemców w uniwersytetach niemieckich dosięgła w r. b. 4205 [7.6% ogólnej liczby studentów]; na wydziałach lekarskich jest 1499 cudzoziemców, 60% wszystkich cudzoziemców studjuje w 3-ach wielkich uniwersytetach—berlińskim, lipskim i monachijskim; w samym Berlinie jest 1210 studentów cudzoziemców.

— Ukazał się pierwszy zeszyt nowego czasopisma p. t. *Zeitschrift für Kinderheilkunde*, wydawanego przez PFAUNDLERA, LANGSTEIN'a i V. PIRQUET'a. Czasopismo to umieszcza wyłącznie prace oryginalne doświadczalno-kliniczne.

NEKROLOGIA.

— † — † —

Dnia 20-go września r. b. zmarł FELIKS GZOGOWSKI jeden z założycieli, a następnie prezes Towarzystwa Lekarskiego w Lublinie w 82 r. życia. Po ukończeniu szkół w Szczebrzeszynie studyował jakiś czas prawo w Petersburgu, a następnie medycynę w Dorpacie za czasów najpiękniejszego rozkwitu tej uczelni. Po napisaniu rozprawy: *De mellituria* uzyskał doktorat w r. 1854. Był bardzo wybitnym lekarzem, starającym się opierać praktykę lekarską na studyach naukowych, czego dawał dowody przez ogłaszanie prac w pismach lekarskich [o cukromoczu, o bladacze, o zbytnej otyłości, o trujących własnościach moczu ludzi zdrowych, o cholery, o influency]. O szerszym poglądzie społecznym autora świadczyły prace o przeciążaniu młodych dziewcząt pracą umysłową i o anomaliach zmysłów u uczniów. W r. 1863 pełnił obowiązki naczelnego lekarza w organizacji powstańczej w województwie lubelskiem. Ś. p. Gzógowski brał żywy udział w gospodarce Lublina, pracował w komisjach sanitarnych i dążył od lat wielu do uzdrowotnienia tego miasta. Jako człowiek nieskazitelnego charakteru i wielkiej dobroci, zmarły cieszył się ogólną sympatją i powszechnem poważaniem.

Dr WZADYSŁAW PASZKIEWICZ zmarł w Warszawie w dniu 24-ym, b. m., przeżywszy lat 33. Padł ofiarą swego zawodu po 10-miesięcznych cierpieniach wskutek zakażenia, jakiemu uległ przy operacyi.

Od Administracyi.

Upraszamy o nadsyłanie prenumeraty za półrocze drugie, oraz zaległej prenumeraty za czas ubiegły.

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

Druk. K. Kowalewskiego, Warszawa, Mazowiecka 8.

Farbwerke vorm. Meister Lucius & Brüning, Hoechst nad Menem.

Alumol
Antypiryna
Surowica przeciwzapalnikowa
Argonina
Arsacetyna.

Novocaina
nowy, w działaniu zupełnie niedrażniący środek, znieczula ący miejscowo.
Najlepiej zastępuje kokainę
jest przynajmniej 7 razy mniej trująca niż kokaina i 3 razy mniej trująca niż inne preparaty zastepe. Nie wpływa ani na krążenie ani na oddychanie, ani na czynność serca
Nowocaina łatwo rozpuszcza się w wodzie, **roztwór można z łatwością sterylizować i łatwo się wchłania.**
Nowocaina nie powoduje zatrucia, nie działa szkodliwie na tkanki, i nie powoduje bólów następczych.
Nowocaina stosowana jest z wynikiem znakomitym do znieczulań rdzeniowych i do wszelkich znieczulań miejscowych.

Benzosol
Dermatol
Surowica przeciwobłonicza
Kwas diaethylbarbiturowy.

Chlorek

Suprareniny

syntetyczny.

Drogą chemiczną wytworzony pierwiastek działający nadnercza odznacza się bezwzględna czystością, niezawodnym i stałym działaniem, oraz trwałością roztworów. Suprarenina przeto syntetyczna stoi zawsze wyżej od preparatów nadnerczy wydobytych z samego organu. Oryginalne butelki: Sol. Suprarenini hydrochl. synth. 1 : 1000 i Tabl. Supr. hydrochl. synth. 20 a 0,001 gr.

Trigemina

znakomity środek kojący

w bolesnem zajęciu nerwów mózgowych jako to: w nerwobólu n. trójdzielnego i potylicowego, w bólach ucha, głowy i zębów. Środek swoisty przeciwko bólowi zależnym od zapalenia okostnej, miążgi zębowej, nerwów oraz bólowi występującym po obnażeniu miążgi i założeniu pasty żrącej.

Dawka: 2—3 kapsulek żelatynowych po 0,25 gr.
Flakony oryginalne po 20 kapsulek; dawki oryginalne po 10 kapsulek.

Gujasanol
Holocaina
Hypnal
Lactophenina.

Valyl

posiada

typowe działanie Walerjany

spotęgowane. Perelki Valilowe rozpuszczają się dopiero w kiszczkach, nie powodują przeto zaburzeń ze strony żołądka. Wskazany jako znakomity środek w bolesnem miesiączkowaniu, w zaburzeniach podczas ciąży i w okresie przekwitania i we wszelkich zaburzeniach nerwowych. Dawka: 2—3 perelki 2—3 razy na dzień. Flakon lub blaszanka oryginalna: 25 perelki po 0,125 gr.

Lysidina
Surowica przeciwmeningokokkowa
Migrenina.

Sajodyna

znakomity wewnętrzny preparat jodu

ó wnoznaczny z jodkiem potasu, bez smaku i bez zachachu, znakomicie przyswajalny nawet w razie idjocykrazji względem innych preparatów jodu. Stosowany ze skutkiem w stwardnieniu tętnic, syfilisie cierpieniach następczych, duszniczym oskrzelowej, przewlekłym katarze oskrzeli i t. d.

Dawka: 2—4 razy dziennie 2 tabletki w godzinę po jedzeniu.

Oryginalne rurki: 20 tabletek po 0,5 g.

Tumenol

jest w leczeniu ekzemy

środkiem niezastąpionym; również w leczeniu swędzących cierpień skórnych. Stosowany ze skutkiem we wszelkich chorobach skórnych. Tumenol - Ammonium łatwo rozpuszcza się w wodzie, nie trujące oddziaływa obojętnie i nie wywołuje objawów podrażnienia. Tumenol - Ammonium można stosować w maści, w pastach i do pędzlowania. Łagodzi swędzenie i osusza.

Orthoform
Oxaphor
Pegmina
Sabromina

Pyramidon

najdoskonalszy środek przeciwgorączkowy i przeciwnerwobólowy stosowany celem zwalczania wszelkiego rodzaju gorączki, specjalnie w gryżlicy, tyfusie, influenzy i t. p. Dawka 0,2—0,3 gr.

Lek swoisty przeciwko bólowi głowy, nerwobólowi, zwłaszcza nerwu trójdzielnego i strzelającym bólowi, towarzyszącym cierpieniom rdzenia; skuteczny celem zwalczania napadów duszniczych i w zaburzeniach miesiączkowania. Dawka 0,3—0,5 gr.

Pyramidon salicylowy znakomity lek kojący w nerwobólach, gośdciu i podobnych cierpieniach. Dawka 0,5—0,75 gr.

Pyramidon kamforowy kwaśny (Pyramidon bicamphoric.) z nadzwyczajnym wynikiem stosowany celem zwalczania gorączki i potów u suchotników. Dawka 0,75—1,0 gr.

Antytoksyna
tężcowa
Tuberkulina
Tussol.

Anestezyna

bezw warunkowo niedrażniący środek miejscowo znieczulający

o pewnem i trwałem działaniu, zupełnie nieszkodliwy do użycia i zewnętrznego i wewnętrznego. Wskazany we wszelkich ranach bolesnych, zapaleniach skóry, owrzodzeniach krtani i gardzieli grzyliczych i syfilitycznych, wrzodzie i raku żołądka, wyciottach ciężarnych, nadczułości żołądka, chorobie morskiej i t. d. Dawka do wewnątrz 0,3—0,5 g. 1—3 razy dziennie przed jedzeniem.

Albargina

znakomite

Antigonorrhoeicum

o działaniu bezwzględnie pewnem, bakterjobjęzciem i obok tego niedrażniącym. Stosowany ze skutkiem w ostrej i przewlekłej rzeżączce, do przemywania pęcherza moczowego, w przewlekłych otokach jamy szczękowej, w cierpieniach okężnicy, w okulistyce i jako środek zapobiegawczy w roztworach wodnych 0,1—2% -owych. Bardzo tani.

Oryginalne rurki: 50 tabletek po 0,2 g.

D-r med. Z. Dmochowski.
Dyagnostyka anatomo - patologiczna

CZĘŚĆ I.

Klatka piersiowa.

Str. 400, rysunków 163.

Cena na papierze kredowym rb. 4.

CZĘŚĆ II.

Jama brzuszna

Str. 1000, rysunków 473.

Cena na papierze kredowym rb. 10.

OPUŚCIŁA PRASĘ:

L. E. BREGMAN

Dyagnostyka chorób nerwowych
podręcznik dla lekarzy i studentów

(stron 475 z 143 rysunkami i 2-ma tablicami w tekście)

Cena w oprawie Rb. 4.

Skład główny E. Wende i Sp. (T. Hiż i A. Turkuł) w Warszawie.

Nabywać można we wszystkich Księgarniach.

Uzdrowisko górskie dla chorych płucnych.



LEYSIN

na linii Symplonskiej Szwajcarya
 francuska
 1450 m. nad p. m. Cały rok otwarte
 Grand Hotel Pensjonat od 12 fre.
 Montblanc } łącznie z { „ 11 „
 Chamossaire } lecze- { „ 9 „
 Anglais } niem { „ 11 „

4 Sanatoria:

Specjalne leczenie gruźlicy płuc metodą sanatoryjną w połączeniu z leczeniem powie
 trzem górskim. Prospekty bezpłatnie.

Dyrekeya