

GINEKOLOGIA

MIESIĘCZNIK POŚWIĘCONY CHOROBYM KOBIECYM
I POŁOŻNICTWU

REDAKTOR: CZESŁAW STANKIEWICZ
Właściciel Prywatnego Zakładu Ginekologicznego w Warszawie.

KOMITET REDAKCYJNY:
(WARSZAWA)

TEODOR BORYSSOWICZ

współwłaściciel Warsz. Zakładu Ginekologicznego.

GUSTAW CHODAKOWSKI

właściciel Prywatnego Domu Zdrowia.

ZYGMUNT MONSIORSKI

lekarz ambulatorium chorób kobiecych w Szpitalu Wolskim.

FRANCISZEK NEUGEBAUER

ordynator oddziału ginek. Szpitala Ewangelickiego.

TOMASZ REUTT

ordynator oddziału ginek. Szpit. Praskiego

JAKÓB ROSENTHAL

ordynator oddziału ginek. Szpitala Żydowskiego.

Adres Redakcyi: Złota 3, w Warszawie. Telefon № 1846.

Przedpłata roczna: Rb. 6, Marek 12, Koron 15.

Przedpłatę przyjmuje REDAKCYA, Biura Ogłoszeniowe i księgarnie w kraju i zagranicą.

WSZYSTKIE ARTYKUŁY SĄ PŁATNE.

Première année. Décembre 1904. № 11.

GINEKOLOGIA

REVUE POLONAISE MENSUELLE DE
GYNÉCOLOGIE ET D'OBSTÉTRIQUE

Rédacteur en chef: Dr. Czesław Stankiewicz,
VARSOVIE, ZŁOTA 3.

I Jahrgang. December 1904. № 11

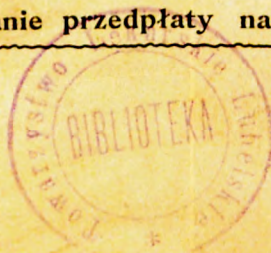
GINEKOLOGIA

POLNISCHE MONATSSCHRIFT FÜR GY-
NÄKOLOGIE UND GEBURTSHÜLFE

Redacteur: Dr. Czesław Stankiewicz,
WARSCHAU, ZŁOTA 3.

Upraszamy o nadsyłanie przedpłaty na rok 1905.

Grudzień, 1904.



W poczet współpracowników „Ginekologii” raczyli się zapisać:

Dr. Mieczysław Bełżyński (Łódź), Dr. K. Bocheński (Lwów), Dr. Jan Borzymowski (Warszawa), Docent Dr. Stanisław Braun (Kraków), Dr. Rudolf Breiter (Lwów), Dr. Ludwik Bryndza-Nacki (Warszawa), Dr. Władysław Bujalski (Wilno), Docent Dr. Władysław Bylicki (Lwów), Dr. Cercha (Kraków), Docent Dr. Chlumsky (Kraków), Dr. Stanisław Cykowski (Warszawa), Dr. Czesław Czerwiński (Lublin), Prof. Dr. Adam Czyżewicz (Lwów), Dr. A. Czyżewicz junior (Lwów), Docent Dr. Stanisław Dobrowolski (Kraków), Dr. Jan Gromadzki (Warszawa), Dr. Bolesław Grzankowski (Warszawa), Dr. S. Flatau (Norymberga), Dr. F. Grodecki (Kowno), Dr. Władysław Hojnacki (Lwów), Dr. Józef Idzikowski (Warszawa), Prof. Dr. Henryk Jordan (Kraków), Dr. Bohdan Korybut-Daszkiwicz (Warszawa), Prof. Dr. Julian Kosiński (Warszawa), Docent Dr. Franciszek Kościński (Lwów), Prof. Dr. Leon Kryński (Warszawa), Dr. Stanisław Kurtz (Warszawa), Dr. Jan Lachs (Kraków), Dr. Józef Laskowski (Warszawa), Dr. Wincenty Lisowski (Humań), Dr. Adam Małkowski (Warszawa), Dr. Marcinkowski (Piotrków), Prof. Dr. Antoni Mars (Lwów), Dr. Alfred Michelis (Chełm), Dr. Bolesław Motz (Paryż), Dr. Hipolit Olszewski (Łódź), Docent Dr. Witold Orłowski (Petersburg), Dr. Gracyan Pisarzewski (Częstochowa), Dr. Eugeniusz Podhorecki (Petersburg), Dr. Pomorski (Poznań), Dr. W. Pomorski (Humań), Dr. Wincenty Puławski (Radziejów), Prof. Dr. Raczyński (Petersburg), Prof. Dr. Aleksander Rosner (Kraków), Prof. Dr. Waclaw Rubeška (Praga Czeska), Dr. Przemysław Rudzki (Praga Czeska), Dr. Leon Rutkowski (Płońsk), Prof. Dr. Ludwik Rydygier (Lwów), Dr. Józef Saks (Łódź), Dr. Julian Śląski (Warszawa), Docent Dr. Solowij (Lwów), Dr. M. Stawiński (Warszawa), Dr. Heliodor Święcicki (Poznań), Dr. Aleksander Szulc (Żyrardów), Dr. Bronisław Szybowski (Warszawa), Dr. Mieczysław Themerson (Płock), Dr. Antoni Troczewski (Kutno), Dr. Maksymilian Warszawski (Warszawa), Dr. Adolf Wątarek (Lwów), Dr. Bruno Wojciechowski (Kraków), Dr. Kazimierz Wojciechowski (Kijów), Verus (Warszawa), Dr. Karo Zaleski (Sanok), Prof. Dr. Józef Ziemacki (Petersburg).



Cukier mleczny

chemicznie czysty dla dzieci Opakowanie oryginalne po 1/2 kilo.

Skład w Aptece K. WENDY

W WARSZAWIE.

APTEKA
w Warszawie

K. WENDY

Posiada na składzie:

SUROWICE przeciwbłoniącą
SUROWICE przeciwpacforkowcą
SUROWICE przeciwgronkowcą
SUROWICE przeciwwężową
i inne
SZPRYCE do SUROWIC.

JABŁOŃSKI

WYCIĄG IGLIWIĄ SOSNOWEGO

używany do kąpieli w wielu chorobach, zawierający w sobie wszystkie części giel sosnowych, jak lotne tak i stałe, zupełnie rozpuszczalny w wodzie

Wyrobu Apteki

E. Kuźkowskiego

w Jabłonie pod Warszawą

DOSTAĆ MOŻNA WE WSZYSTKICH
APTEKACH I SKŁADACH APTECZ

ŻĄDAC WSZĘDZIE JABŁOŃSKIEGO
EKSTRAKTU SOSNOWEGO



JULIA Szoberowa

w WARSZAWIE, ŻÓRAWIA 7

Polecia pasy b. wazne: dziane, fiszbinowe i elastyczne, pasy miesieczne z podusz.ami, gorsety higieniczne i zwyczajne, napierśniki, szelki do prostego trzymania się i t. p.

Specyjalnie Sale Operacyjne

i t. p. ubikacye

z warstwą jednolitą, podobną do emalii, wytrzymującą zmywanie środkami dezynfekcyjnymi, wykonywa specyjalnie

G. KOECK, Chmielna 20 w Warszawie.

NOWINY LEKARSKIE

Organ Wydziału Lekarskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk Poznańskiego.

Wychodzi na początku każdego miesiąca w Poznaniu pod redakcją

Dr. Heliodora Święcickiego

Treść „Nowin“ obejmuje następujące działy:

A. Prace oryginalne. 1) Treściwe „doniesienia“ oryginalne („tymczasowe“) o wynikach prac badaczy polskich. 2) Prace oryginalne i spostrzeżenia z praktyki.

B. Dział sprawozdawczy.

I. Streszczenia zbiorowe (ze wszystkich działów nauk lekarskich). II. Sprawozdania i drobniejsze wiadomości z następujących działów: 1) Anatomia, fizjologia, embryologia. 2) Anatomia patologiczna, patologia doświadczalna, bakteriologia. 3) Chemia lekarska, farmakologia, toksykologia. 4) Medycyna wewnętrzna, balneologia i t. d. 5) Choroby dzieci. 6) Choroby nerwowe i umysłowe. 7) Chirurgia: a) ogólna, b) głowy i szyi, c) klatki piersiowej, d) jamy brzusznej i narządu moczopłciowego, e) kręgosłupa, miednicy i kończyn; ortopedia. 8) Choroby gardła, nosa, krtani i uszu. 9) Dentystryka. 10) Oftalmologia. 11) Ginekologia i położnictwo. 12) Choroby skórne i weneryczne. 13) Hygiena. 14) Medycyna sądowa. III. Zapiski lecznicze i nowsze przyrządy lekarskie. IV. Przegląd prasy lekarskiej polskiej. V. Ruch w Towarzystwach i zjazdy lekarskie: a) zagraniczne, b) krajowe. VI. Korespondencye z ognisk ruchu naukowego i zawodowego: a) zagranicą, b) w kraju. VII. Sprawy zawodowe. VIII. Oceny. Bibliografia. IX. Odcinek. X. Wiadomości bieżące. Rozmaitości. Kronika osobowa i żałobna.

Przedpłata wynosi z przesyłką pocztową: Rocznie w Niemczech marek 16, w Austrii koron 18, w Król. Polskiem i Rosyi rubli 8, we Francji i Belgii franków 20.

Przedpłatę przyjmuje dr. Franciszek Zakrzewski, Poznań, ulica Rycerska Nr 29; w Krakowie księgarnia Krzyżanowskiego; we Lwowie Gubrynowicz i Schmidt; na Królestwo Polskie ma główny debet księgarnia Wendego i Sp. w Warszawie; w Wilnie księgarnia Zawadzkiego; w Kijowie księgarnia Ildzikowskiego; w Petersburgu księgarnia Grendyszyńskiego; nadto wszystkie urzędy pocztowe Ces. Niemieckiego. Każdorazowy numer „Nowin Lekarskich“ wysyła ekspedycya abonentom wprost pod opaską.

Numer okazowy otrzymać można na żądanie darmo i oplatnie, tak wprost z ekspedycyi Now. lek., jak również z księgarni Wendego i Sp. w Warszawie.

DOM ZDROWIA

D-ra Gustawa Chodakowskiego

w Warszawie, Wróbla Nr 14.

Przyjmuje na stały pobyt z chorobami kobiecemi, chirurgicznymi, wewnętrznymi, oraz osoby spodziewające się słabości — za opłatą dzienną Rb. 1 kop. 50 — 4 Rb.

GAZETA LEKARSKA

pismo tygodniowe, poświęcone wszystkim gałęziom umiejętności lekarskiej.

Redaktorem odpowiedzialnym jest dr. Gajkiewicz Wł. Wydawcą jest dr. Pruszyński Jan (Hoża 50).

Cena Gazety Lekarskiej:
w Warszawie rocznie rb. 7. Półrocznie rb. 3 kop. 50.
Z przesyłką w Państwie Rosyjskiem i zagranicą:
Rocznie rb. 8, półrocznie 4.

Wydawnictwa „Gazety Lekarskiej“:

- 1) Wykłady o chorobach zakaźnych ostrych, przez d-ra Wł BIEGAŃSKIEGO Tom I. Cena rb. 1, z przesyłką rb. 4 kop. 50. Tom II. Cena rb. 4 kop. 50, z przesyłką rb. 5
- 2) Wykład chorób dróg oddechowych, przez d-ra A. SOKOŁOWSKIEGO. Tom I. Choroby tchawicy i oskrzeli. Cena rb. 2 kop. 40, w oprawie rb. 2 kop. 80. przesyłka kop. 40. Tom II. Choroby płuc. Cena rb. 3, w oprawie rb. 3 kop. 50, przesyłka kop. 50.
- 3) Diagnostyka anatomo-patologiczna, przez d-ra Z. DMOCHOWSKIEGO. Cz. I. Klatka Piersiowa. Cena na papierze kredowym rb. 4, przesyłka kop. 50.

Nabywać można u Wydawcy „Gazety Lekarskiej“ (Hoża 50) i we wszystkich księgarniach.

Warszawski Zakład GINEKOLOGICZNY

Marszałkowska Nr. 45, Telefonu Nr. 3114,

D-rów Boryssowicza Brühla, Gromadzkiego, Jaskłowskiego, Kuniewicza, Natansona, Thiemego, Tyrchowskiego i Winawera przyjmuje na stałe pomieszczenie i leczenie osoby dotknięte chorobami kobiecemi, jako też spodziewające się słabości.

Opłata dzienna od rb. 1.50 do rb. 5.

STERYLIZOWANA Wata, Gazę hygr. i jodoformową, katgut jodowy i ligatury, Tampony na nitkach, Opatrunki ginekologiczne, Bandaże, Fizyolog. roztwór soli z przyrządem, Żelatynę 5%, Automatyczne zamknięcia do irygatorów i t. d. poleca

PRACOWNIA STERYLIZACYJNA
D-ra BORZYMOWSKIEGO.
Warszawa, Złota 36.

Wyprawki potołowe po 70 kop. (szczotka, sówwetki do kroczka, tasiemka, bandaż, tampony, gaza)



Prywatny Zakład Lecznicy Chirurgiczno-Ginekologiczny

Z ODDZIAŁEM DLA RODZĄCYCH

Boduena Nr 5, telefonu Nr 3083.

D-rów Anteckiego, Cykowskiego, Kossobudzkiego, Laskowskiego, Leśniowskiego, Sławińskiego i W. Żurakowskiego.

Przyjmuje chorych na stałe pomieszczenie (Rb. 1.50 — 5 rb.)

GINEKOLOGIA

CZCIONKAMI A. T. JEZIERSKIEGO,
w Warszawie, Nowy-Świat Nr. 47.

GINEKOLOGIA

MIESIĘCZNIK POŚWIĘCONY CHOROBYM KOBIECYM
I POŁOŻNICTWU

Biuletyn Towarzystwa Lekarskiego
w Lubelskim

Redaktor: CZESŁAW STANKIEWICZ. ———

Komitet Redakcyjny: T. BORYSSOWICZ,
G. CHODAKOWSKI, Z. MONSIORSKI, Fr. NEU-
GEBAUER, T. REUTT, J. ROSENTHAL. ———

ROK I. ——— 1903—1904.

(Z 52 rysunkami i szeregiem tablic w tekście)

Дозволено Цензурою,
Варшава 9 Декабря 1904 года.

GINEKOLOGIA

MIESIĘCZNIK POŚWIĘCONY CHOROBYM KOBIECYM
I POŁOŻNICTWU

TREŚĆ.

- I. PRACE ORYGINALNE.
- Docent **Fr. Koźmiński**, Lwów. Doświadczenia nad podwiązywaniem moczowodów 607
- NOTATKI Z PRAKTYKI.
- W. Pomorski**, Humań. Wąglik złośliwy dużej wagi i jego leczenie sublimatem 649
- II. TOWARZYSTWA LEKARSKIE.
- Z Towarzystw lekarskich zagranicznych 651
- III. OCENY.
- Theodor Landau**. Wurmfortsatzentzündung und Frauenleiden. Ocenil R. 655
- IV. FELIETON.
- O nowych wydawnictwach lekarskich.—Uwagi nad sprostowaniem Kroniki Lekarskiej.—„O czystości w położnictwie” 657
- V. DZIAŁ POLEMICZNY.
- J. Borzymowski**. Odpowiedź na uwagi kol. Fr. Neugebaura z powodu mego artykułu 659
- A. Karczewski**. Kilka słów w kwestyi cewnikowania moczowodów przy operacjach przetok pęcherzowych 661
- VI. WIADOMOŚCI BIEŻĄCE. 662
- VII. SKRZYNKA DO LISTÓW.
- Pisarzewski**. O zapobieganiu gorączce w położeniu 663
- VIII. Spis prac, zawartych w roczniku I Ginekologii. 667
- IX. OGŁOSZENIA.

Ano 206/53/20

SOMMAIRE.

- I. TRAVAUX ORIGINAUX.
Etudes expérimentales sur la ligature des urètres par M. Fr. Kosmiński (de Lwów).
Pustule maligne de la grande lèvre et son traitement par les injections du sublimé par M. W. Pomorski (de Humań).
- II. SOCIÉTÉS MÉDICALES.
Sociétés médicales étrangères.
- III. CRITIQUE.
- IV. FEUILLETON, par Verus.
- V. POLEMIQUE.
J. Borzymowski. Réponse aux remarques de M. le Dr. Neugebauer à propos de mon article.
A. Karczewski. Quelques mots à propos de la cathétérisation de deux urètres pendant l'opération des fistules de la vessie urinaire.
- VI. NOUVELLES.
- VII. CORRESPONDANCES.
Pisarzewski. Moyens prophylactiques contre la fièvre pendant les suites de couches.
- VIII. TABLE DES MATIÈRES.
- IX. ANNONCES.

INHALT.

- I. ORIGINALARBEITEN.
Versuche über Unterbindungen des Harnleiters von Fr. Kosmiński (Lemberg).
Pustula maligna labii majoris und ihre Behandlung mit subcutanen Sublimatenspritzungen
- II. AERZTLICHE GESELLSCHAFTEN.
Ansländische aerztliche Gesellschaften.
- III. KRITIKEN.
- IV. FEUILLETON, von Verus.
- V. POLEMIK.
J. Borzymowski. Antwort auf die Bemerkungen von Dr. Neugebauer über meinen Aufsatz.
A. Karczewski. Einige Worte zur Harnleiterkatheterisation während der Operation der Harnblasefisteln.
- VI. LAUFENDE NACHRICHTEN.
- VII. KORRESPONDENZEN.
Pisarzewski. Ueber Verhuetung der Puerperalfieber im Wochenbett.
- VIII. INDEX.
- IX. ANNONCEN.

I.

PRACE ORYGINALNE

Z zakładu fizyologicznego Uniwersytetu lwowskiego Prof. D-ra Becka.

Doświadczenia nad podwiązywaniem moczowodów

podał

Dr. FRANCISZEK KOŚMIŃSKI.

docent Uniwersytetu lwowskiego

Obrażenia moczowodów u kobiet zdarzają się dziś znacznie częściej aniżeli dawniej, a przyczyną tego są odmienne okoliczności, wśród których obecnie powstają te obrażenia. Dawniej prawie wyłącznie powstawały one w przebiegu ciężkich porodów: raz długotrwałe ściśnięcie moczowodu pomiędzy główką płodu, a ścianą miednicy matki powodowało jego obumarcie; innym razem, przy rozległych obrażeniach części miękkich przewodu rodnego i otoczenia, i sam moczowód został uszkodzony. Względnie luźny stosunek ścian moczowodu do tkanek otaczających sprawia, że w przeważnej części podobnych przypadków moczowód zostaje tylko chwilowo znacznie przesunięty, a obrażeniu nie ulega. Inaczej rzecz się przedstawia tylko wtedy, gdy ta ruchomość jest znacznie upośledzona, np. w następstwie przebytych spraw zapalnych w otoczeniu moczowodu. Dlatego to liczba tego rodzaju obrażeń moczowodów, które następnie występują w postaci przetok moczowodowo-pochwowych lub macicznych, w stosunku do liczby ciężkich porodów wcale nie jest zbyt wielka.

Co się tyczy innych przyczyn uszkodzenia moczowodów, zaznaczymy najpierw, że głębokie owrzodzenia odleżynowe, spowodowane przez wianki nieodpowiednie lub za długo pozostawione w pochwie, mogą również przyczynić się do wytworzenia przetok moczowodowo-pochwowych. Bardzo tylko rzadko powstają obrażenia moczowodów w następstwie silnych urazów ja-

my brzusznej np. po przejechaniu lub upadnięciu na brzuch, a wtedy zazwyczaj obrażeniu ulega górna część moczowodu. Takich przypadków znanych jest w piśmiennictwie zaledwie kilkadziesiąt. Jeszcze mniej liczne są znane przypadki skaleczeń moczowodów przy ranach postrzałowych jamy brzusznej.

W nowszych czasach, w miarę rozwoju operacyjnej ginekologii, zaczęły się zdarzać uszkodzenia moczowodów przy wykonywaniu różnych zabiegów na częściach płciowych u kobiet; obecnie przyznać musimy, że zdarzają się one dość często, a nawet, jak widać z przeglądu dotyczącego piśmiennictwa, spotykamy je coraz częściej. Nie tyle blizkie sąsiedztwo moczowodów z polem operacyjnym jest głównym powodem powstawania takich obrażeń, ile raczej obecny wysoki rozwój techniki operacyjnej wogóle. Dziś bowiem coraz częściej zdarzają się przypadki, w których zabieg nie ogranicza się na samych tylko częściach płciowych, lecz zajmuje i tkanki sąsiednie, a w tych z moczowodami bezpośrednio zetknąć się musimy. Nie wystarcza w takich przypadkach dokładna znajomość prawidłowych stosunków moczowodów do otoczenia: otoczenie to jest zwykle nieprawidłowe, zmienione; pojedyncze narządy i tkanki nieprawidłowo przemieszczone; a skutkiem tego przebieg i umiejscowienie moczowodów mogą być bardzo rozmaite.

Szczegółowe rozejrzenie się w bardzo niekiedy zmienionych stosunkach pojedynczych narządów jest w czasie zabiegu nieraz bardzo trudne. Dlatego też nawet najbardziej wprawni operatorowie liczą się zawsze w takich przypadkach z możliwością obrażenia moczowodu: przy wykonywaniu ciężkich zabiegów w zakresie jamy brzusznej radzą po ukończeniu zabiegu poddać w tym kierunku pole operacyjne dokładnemu badaniu (*Tauffer*). *Kelly* w przypadkach wątpliwych radzi nawet naciąć podłużnie moczowód i za pomocą zgłębnika przekonać się o całości i drożności moczowodu.

Że zwrócenie uwagi operatora w tym kierunku jest bardzo potrzebne, dowodem coraz liczniejsze prace, a nawet już zestawienia statystyczne, omawiające przypadki, w których obrażenie moczowodu nastąpiło w czasie zabiegu przypadkowo, a często i przeoczone zostało. Od tych przypadkowych uszkodzeń należy ściśle odróżnić zabiegi podejmowane celowo na moczowodach. Tu wymienić należy nacięcie ściany moczowodu np. w celu wydobycia uwięzionego kamyka; przeszczepienie moczowodu; wreszcie wy-

cięcie pewnej części moczowodu, czy to z powodu zwężenia światła, czy też z powodu zajęcia ścian moczowodu przez nowotwór. Postępowanie wobec świeżych obrażeń moczowodu, powstałych wśród zabiegu, może być bardzo rozmaite; zależeć ono będzie od rodzaju i rozległości obrażenia i od miejsca, w którym na moczowodzie obrażenie powstało, (z uwzględnieniem istniejących stosunków danego pola operacyjnego).

Jeżeli moczowód nie został bezpośrednio obrażony, lecz tylko ujęty w podwiązkę wraz z sąsiednią tkanką, lub też przez podwiązki założone w otoczeniu został zagięty i stał się niedrożnym, w takim razie oczywiście wystarcza samo usunięcie podwiazki. Wobec bezpośrednich obrażeń moczowodów wykonać można spojenie przeciętych odcinków moczowodu, czy to za pomocą odpowiednio założonego szwu, (*Tauffer, Küstner, Bovée, Schopf*), czy też przez wgłobienie jednego odcinka moczowodu w drugi i ustalenie szwami, czy wreszcie przez założenie bocznej anastomozy pomiędzy oboma przedtem podwiazanymi odcinkami moczowodu (*Pozzi, Winslow, v. Hook, Monari*). Jeżeli obrażeniu ulegnie górna część moczowodu, co jednak tylko wyjątkowo zdarzyć się może, natenczas za przykładem *Küstera* można wszyć dolną część przeciętego moczowodu wprost do miedniczki nerkowej. Wobec obrażenia moczowodu, najlepsze wyniki daje i dlatego najczęściej się stosuje wszycie górnego odcinka przeciętego moczowodu do pęcherza moczowego. W tym celu podano bardzo liczne sposoby postępowania, w szczegółach różniące się znacznie od siebie (*Poggi, Novaro, Bazy, Krause, Kelly, Witzel, Mackenrodt, Veit, Sampson*). Zabieg ten wykonać się daje względnie bardzo często, gdyż obrażenia moczowodów zdarzają się zazwyczaj w ich dolnej części, a znaczna przesuwalność ścian pęcherza ułatwia ten rękoczyn. Wyniki takiego postępowania są wogóle bardzo dobre. Różne sposoby wykonywania tego zabiegu mają za zadanie nie tylko zabezpieczyć jak najlepiej i umocnić miejsce wszycia, ale i zapobiegać następczemu wytworzeniu się zwężenia na końcu wszytego odcinka moczowodu, do czego tenże nadzwyczajną okazuje skłonność. Technika operacyjna w tym kierunku została w ostatnich czasach znacznie udoskonalona; może o tem świadczyć fakt, iż niedawno doniesiono o dwu pomyślnie przebiegających przypadkach obustronnej resekcji moczowodów z następczem wszczepieniem ich do pęcherza moczowego, operowanych na jednym posiedzeniu z powodu zajęcia nowotworami (*Schenk, Sampson i Krönig*).

Nie we wszystkich jednak przypadkach można użyć powyżej wspomnianych sposobów postępowania; trudność stanowią te przypadki, w których górny odcinek przeciętego moczowodu jest za krótki i nie daje się wszczepić do pęcherza moczowego, a oba odcinki moczowodu nie dają się również dostatecznie do siebie zbliżyć w celu bezpośredniego spojenia. Pierwszą mogłaby być myśl, aby górny odcinek przeciętego moczowodu wszczepić do moczowodu po drugiej stronie. Odnośne jednak doświadczenia, wykonane na zwierzętach (*Wiesinger, Kelly*), a dalej fakt tworzenia się zwężenia w miejscu wszycia, nie upoważniają do takiego postępowania; zagraża to wprost prawidłowemu działaniu drugiej nerki.

Nie można również zalecić wszczepienia górnego odcinka przeciętego moczowodu do jelita wstępującego lub zstępującego, gdyż doświadczenia wykazały, (*Simon, Küster, Thomas, Chaput, Bvari, Fowler*), że prawie zawsze z powodu zakażenia z jelita występują prędzej lub później ciężkie zmiany w narządzie moczowym (pyelonephritis). Nie brak również usiłowań, aby przez odpowiednią operację plastyczną dorobić i uzupełnić brakujący kawałek moczowodu. W tym celu zalecono tymczasowe założenie przetoki moczowodowej na zewnątrz; następnie zaś albo przywracano łączność górnego odcinka moczowodu z dolnym, (pośrednio przez użycie płatu skórniego (*Rydygier sen*) lub bezpośrednio (*Monari*); albo też łączono górny odcinek moczowodu z pęcherzem moczowym (*Nussbaum, Hegar, Leopold Busenbeck*). Zaprojektowano dalej brakującą część moczowodu dorobić, zwijając płat, wzięty ze ściany pęcherza moczowego (*v. Hook*), lub też ze ściany jelita (*Siegler*); użyć do przedłużenia przeciętego moczowodu wyrostka robaczkowego (*Rydygier jun.*), całej pętli jelita uprzednio wykluczonej, a nawet trąbki (*d'Urso i de Fabii*). Doświadczenia, wykonane na zwierzętach, (*Neuman i Casati*) wykazały nawet możliwość użycia rurek szklanych, lub kawałków tętnicy sennej lub tchawicy kury w celu zastąpienia braków w moczowodach. Za najdawniejszy sposób postępowania wobec obrażeń moczowodów należy uważać założenie na stałe przetoki moczowodowej, przez wszycie górnego odcinka moczowodu do powłok zewnętrznych (*Le Dentu, Pozzi, Tauffer, Freund, Warneck*). Pominiawszy nadzwyczaj uciążliwe kalectwo, na jakie stałe osoby takie są skazane; należy wziąć na uwagę okoliczność, że podobnie jak po wszyciu moczowodu do jelita, tak i po założeniu przetoki moczowodowej w powłokach zewnętrznych, zazwyczaj prędzej lub później następuje zakażenie wstępujące; postępowanie takie kończy

się więc ostatecznie wycięciem odpowiedniej nerki. Z powodu możliwego zakażenia dróg moczowych należałoby unikać o ile możliwości tworzenia nawet czasowo przetok moczowodowych w celu późniejszego przywrócenia łączności pomiędzy nerką a pęcherzem moczowym; należałoby zabieg ten ograniczyć tylko do takich przypadków, w których z góry mamy zamiar wykonać następnie usunięcie nerki.

Wycięcie nerki w celu usunięcia przetoki moczowodowej wykonał pierwszy *Simon*. Następnie stosowano zabieg ten z pomyślnym wynikiem tak w przypadkach przetok, jako też bezpośrednio po przypadkowych obrażeniach moczowodów; stosowano go często, a nawet zbyt często, bo niewątpliwie i w takich przypadkach, w których obecnie przy pomocy innych zabiegów udaje się zwykle przywrócić łączność przeciętego moczowodu z pęcherzem moczowym. Jakkolwiek przypadki wycięcia nerki z powodu obrażenia moczowodu są obecnie znacznie rzadsze aniżeli dawniej; to przecież przypadki tego rodzaju, ogłoszone w nowszych czasach (*Asch, Bissel, Delbet, Landau, Lindstroem, Noble, Schauta, Wertheim*), zdają się stwierdzać słuszność zapatrywania *Fritscha*, (wbrew zdaniu innych poważnych autorów), że wobec przetok i świeżych obrażeń moczowodów, często jeszcze wycięcie nerki może się okazać zabiegiem najodpowiedniejszym. Natomiast prawie wszyscy autorowie stwierdzają zgodnie, że w przypadkach, w których nieuniknione jest wycięcie nerki z powodu obrażenia moczowodu podczas operacyi, tylko wyjątkowo zabieg ten niezwłocznie, a więc jednocześnie wykonywać należy. Korzystniej jest wykonać zabieg ten po pewnym czasie, a więc operować dwuczasowo, zakładając np. czasową przetokę na zewnątrz. Równoznaczne z całkowitem wycięciem nerki jest dla organizmu podwiązanie moczowodu na stałe. W obu bowiem wypadkach organizm ograniczyć się musi do działania nerki drugiej.

Badania nad czynnością wydzielniczą nerek (*Heidenhain*), a dalej nad zmianami, jakie powstają w przebiegu różnych spraw patologicznych, a przede wszystkim spraw zapalnych nerek (*Aufrecht, Posner, Dunin*), dały powód do podwiązania moczowodów u zwierząt w celu doświadczalnym. Badania odnośnie *Cohnheima* wykazały, że po podwiązaniu moczowodu wydzielany mocz gromadzi się i rozszerza miedniczkę nerkową i moczowód; w miarę coraz większego ucisku na miąższ nerkowy, czynność wydzielnicza nerki się zmniejsza, po dłuższym zaś czasie nawet w zupeł-

ności ustaje; wtedy następuje zanik mięszu nerkowego. Zabieg taki znoszą zwierzęta dobrze, a całą czynność wydzielniczą obejmuje w takich razach nerka druga, która po pewnym czasie ulega przerostowi.

Dalsze badania nad zachowaniem się nerek po jednostronnem podwiązaniu moczowodu u zwierząt (*Guyon, Robinson, Lindemann, Büdinghr, Bradford*) potwierdziły wyniki poprzednich autorów i wykazały, że po zupełnem zatrzymaniu się moczu w nerce, a więc po zupełnem zaciśnięciu moczowodu, (przy zachowaniu ścisłych stosunków aseptycznych), wydzielanie staje się coraz mniejsze, a wreszcie ustaje zupełnie. Następnie skutkiem wessania części płynnych, wytworzone uprzednio wodonercze znacznych rozmiarów powoli się zmniejsza; po pewnym czasie następuje zmniejszenie się objętości i zupełny zanik odpowiedniej nerki. *Guyon i Albarran* stwierdzili następnie doświadczalnie, że pozostała przy wodonerczu nawet cienka warstwa mięszu nerki może po ustąpieniu ucisku, a więc po usunięciu wodonercza i jej przyczyn, powrócić do swojej dawnej czynności wydzielniczej; *Ayrer* zaś, rozpatrując 473 przypadków wodonercza, które zdołał zebrać z piśmiennictwa, znalazł, że tylko w jedenastu z nich tkanka nerkowa uległa zupełnemu zanikowi. Doświadczenia *Tuffier'a* wykazały wreszcie, że na jeden kilogram wagi zwierzęcia potrzeba przeciętnie tylko 1—1½ grama tkanki nerkowej, zdolnej do prawidłowego działania; stąd wniosek, że organizm zwierząt wyższych posiada w rzeczywistości dwa do trzech razy większą ilość substancji nerkowej, niż to jest niezbędne do utrzymania prawidłowej czynności.

W obec tych danych podał *Guyon* w r. 1892 myśl, aby w przypadkach, w których moczowód został uszkodzony przypadkowo na znacznej przestrzeni w czasie wykonywania zabiegu, podwiązać na stałe koniec dośrodkowy moczowodu i w ten sposób sprawdzić zanik nerki. Myśl ta ze względu na łatwość wykonania jest bardzo zachęcająca: zamiast wycięcia nerki, pozwala w takich przypadkach zastosować zabieg o wiele prostszy, dający się w kilku minutach wykonać z łatwością.

Pierwszy *Bastianelli*, drugi *Füth*, a następnie *Phänomenow* i *Landau* zastosowali takie postępowanie w odpowiednich przypadkach w praktyce ku zupełnemu swojemu, a prawdopodobnie i dotyczących chorych zadowoleniu. *Füth*, który następnie wykonał odnośne doświadczenia na zwierzętach, uważa postępowanie

takie za zupełnie bezpieczne i pewne; *Laudau* zaś sądzi, że podobne postępowanie może wpłynąć na rozszerzenie wskazania do operacji w przypadkach raków macicy, które dotychczas uważano za nie nadające się już do operacji. Następnie wspomina *Perlis*, że w jednym przypadku wykonał *Muratow* w podobnych okolicznościach podwiązanie moczowodu.

Przypadki te pouczają nas bez zaprzeczenia, że podwiązanie moczowodu w praktyce przeprowadzić się daje z wynikiem pomyślnym. Postępowanie takie jednak nie jest wolne od niebezpieczeństw. Przedewszystkiem, chcąc uniknąć przykrych niespodzianek, powinienby operator tak samo, jak przed wycięciem nerki, przekonać się zawsze przed podwiązaniem moczowodu o wydolności drugiej nerki; na to w przypadkach, w których podwiązanie moczowodu może w ogóle wchodzić w rachubę, czasu nie ma. Następnie należy się zawsze liczyć z tą okolicznością, że w przypadkach, w których najczęściej zdarzają się obrażenia moczowódów w czasie zabiegów, moczowód taki bywa już uciśnięty skutkiem spraw patologicznych w jego otoczeniu; a dalej, że mogła się w takich przypadkach wytworzyć puchlina nerki, często już zakażona. Taka zakażona puchlina nerki, która w obec istniejącej drożności moczowodu była dla ustroju bez większego znaczenia, po podwiązaniu moczowodu może się stać dla organizmu groźną (*Herman*). Wreszcie, jak pouczyły odnośne doświadczenia, samo podwiązanie jako takie, nie jest zupełnie pewne w swoich następstwach. Podwiązanie moczowodu materiałem, ulegającym łatwo wessaniu, jak np. katgutem, bezwarunkowo nie zaleca się, gdyż po przedwczesnej rezorbeyi podwiązki moczu wy dostać się może na zewnątrz i sprowadzić naciek otaczającej tkanki (*Olshausen*). Lepiej używać do podwiązania moczowodu materiału trwalszego, a więc jedwabiu.

Dalej liczyć się należy z faktem, że ściana moczowodu w miejscu założonej podwiązki może przez zaciśnięcie uleść znacznie szemu uszkodzeniu; skutkiem tego nie zawsze zdoła ona wytrzymać działanie coraz większego ucisku śródściennego przy zwiększającej się puchlinie moczowodowo-nerkowej. W takich przypadkach może moczu wylać się na zewnątrz i wytworzyć naciek moczowy w otoczeniu; zejścia takiego nacieku przewidzieć nie można. Że jednak nie zawsze takie przypadki kończyć się muszą niepomyślnie, wynika z doświadczeń, jakie na zwierzętach w tym kierunku przeprowadzili *Willghrodt* i *Klink*. Ogólnie jednak przy-

ności ustaje; wtedy następuje zanik miąższu nerkowego. Zabieg taki znoszą zwierzęta dobrze, a całą czynność wydzielniczą obejmuje w takich razach nerka druga, która po pewnym czasie ulega przerostowi.

Dalsze badania nad zachowaniem się nerek po jednostronnem podwiązaniu moczowodu u zwierząt (*Guyon, Robinson, Lindemann, Büdinghr, Bradford*) potwierdziły wyniki poprzednich autorów i wykazały, że po zupełnem zatrzymaniu się moczu w nerce, a więc po zupełnem zaciśnięciu moczowodu, (przy zachowaniu ścisłych stosunków aseptycznych), wydzielanie staje się coraz mniejsze, a wreszcie ustaje zupełnie. Następnie skutkiem wessania części płynnych, wytworzone uprzednio wodonercze znacznych rozmiarów powoli się zmniejsza; po pewnym czasie następuje zmniejszenie się objętości i zupełny zanik odpowiedniej nerki. *Guyon i Albarran* stwierdzili następnie doświadczalnie, że pozostała przy wodonerczu nawet cienka warstwa miąższu nerki może po ustąpieniu ucisku, a więc po usunięciu wodonercza i jej przyczyny, powrócić do swojej dawnej czynności wydzielniczej; *Ayrer* zaś, rozpatrując 473 przypadków wodonercza, które zdołał zebrać z piśmiennictwa, znalazł, że tylko w jedenastu z nich tkanka nerkowa uległa zupełnemu zanikowi. Doświadczenia *Tuffier'a* wykazały wreszcie, że na jeden kilogram wagi zwierzęcia potrzeba przeciętnie tylko 1—1½ grama tkanki nerkowej, zdolnej do prawidłowego działania; stąd wniosek, że organizm zwierząt wyższych posiada w rzeczywistości dwa do trzech razy większą ilość substancji nerkowej, niż to jest niezbędne do utrzymania prawidłowej czynności.

W obec tych danych podał *Guyon* w r. 1892 myśl, aby w przypadkach, w których moczowód został uszkodzony przypadkowo na znacznej przestrzeni w czasie wykonywania zabiegu, podwiązać na stałe koniec dośrodkowy moczowodu i w ten sposób sprawdzić zanik nerki. Myśl ta ze względu na łatwość wykonania jest bardzo zachęcająca: zamiast wycięcia nerki, pozwala w takich przypadkach zastosować zabieg o wiele prostszy, dający się w kilku minutach wykonać z łatwością.

Pierwszy *Bastianelli*, drugi *Füth*, a następnie *Phänomenow* i *Landau* zastosowali takie postępowanie w odpowiednich przypadkach w praktyce ku zupełnemu swojemu, a prawdopodobnie i dotyczących chorych zadowoleniu. *Füth*, który następnie wykonał odnośne doświadczenia na zwierzętach, uważa postępowanie

takie za zupełnie bezpieczne i pewne; *Landau* zaś sądzi, że podobne postępowanie może wpłynąć na rozszerzenie wskazania do operacji w przypadkach raków macicy, które dotychczas uważano za nie nadające się już do operacji. Następnie wspomina *Perlís*, że w jednym przypadku wykonał *Muratow* w podobnych okolicznościach podwiązanie moczowodu.

Przypadki te pouczają nas bez zaprzeczenia, że podwiązanie moczowodu w praktyce przeprowadzić się daje z wynikiem pomyślnym. Postępowanie takie jednak nie jest wolne od niebezpieczeństw. Przedewszystkiem, chcąc uniknąć przykrych niespodzianek, powinienby operator tak samo, jak przed wycięciem nerki, przekonać się zawsze przed podwiązaniem moczowodu o wydolności drugiej nerki; na to w przypadkach, w których podwiązanie moczowodu może w ogóle wchodzić w rachubę, czasu nie ma. Następnie należy się zawsze liczyć z tą okolicznością, że w przypadkach, w których najczęściej zdarzają się obrażenia moczowodów w czasie zabiegów, moczowód taki bywa już uciśnięty skutkiem spraw patologicznych w jego otoczeniu; a dalej, że mogła się w takich przypadkach wytworzyć puchlina nerki, często już zakażona. Taka zakażona puchlina nerki, która w obec istniejącej drożności moczowodu była dla ustroju bez większego znaczenia, po podwiązaniu moczowodu może się stać dla organizmu groźną (*Herman*). Wreszcie, jak pouczyły odnośne doświadczenia, samo podwiązanie jako takie, nie jest zupełnie pewne w swoich następstwach. Podwiązanie moczowodu materiałem, ulegającym łatwo wessaniu, jak np. katgutem, bezwarunkowo nie zaleca się, gdyż po przedwczesnej rezorbeyi podwiązki moczu dostać się może na zewnątrz i sprowadzić naciek otaczającej tkanki (*Olshausen*). Lepiej używać do podwiązania moczowodu materiału trwalszego, a więc jedwabiu.

Dalej liczyć się należy z faktem, że ściana moczowodu w miejscu założonej podwiązki może przez zaciśnięcie uleść znacznijszemu uszkodzeniu; skutkiem tego nie zawsze zdoła ona wytrzymać działanie coraz większego ucisku śródściennego przy zwiększającej się puchlinie moczowodowo-nerkowej. W takich przypadkach może moczu wylać się na zewnątrz i wytworzyć naciek moczowy w otoczeniu; zejścia takiego nacieku przewidzieć nie można. Że jednak nie zawsze takie przypadki kończą się muszą niepomyślnie, wynika z doświadczeń, jakie na zwierzętach w tym kierunku przeprowadzili *Willghrodt* i *Klink*. Ogólnie jednak przy-

jąc musimy, że wydostanie się moczu do tkanki otaczającej po podwiązaniu moczowodu (nawet w przypadkach ściśle czystych) jest sprawą dla ustroju niebezpieczną i groźną. W zestawieniu *Blumenfelda* znajdujemy odnośne przykłady; świadczy o tem dalej przypadek umyślnie wykonanego podwiązania moczowodu, który podał *Noble*; a wreszcie bardzo dokładnie badany i opisany przypadek *Fraenkla*. W przypadku tym w czasie zabiegu został przypadkowo moczowód podwiązany i kawałek z niego wycięty. Po ośmiu dniach nastąpiło zejście śmiertelne, a sekcya wykazała rozległy naciek moczowy w otoczeniu założonej podwiązki na przeciętym moczowodzie lewym. Badanie drobnovidowe miejsca, w którym założona była podwiązka na moczowodzie, wykazało załamanie się ściany moczowodu w tem miejscu i drobną przetokę na zewnątrz. Przypadek ten dał powód *Fraenklowi* do całego szeregu doświadczeń: podwiązywał on moczowody u królików i zwracał szczególną uwagę na stosunki w miejscu założonej podwiązki. Do tych doświadczeń użył razem piętnastu królików: czterem z nich wykonał podwiązanie obu moczowodów, a jedenastu podwiązał tylko jeden. Po śmierci zwierzęcia wykonywał sekcję i badał następnie drobnovidowo te części moczowodów, w których podwiązki były założone; z odpowiedniego kawałka robił skrawki seryami. Z czterech królików, którym podwiązano oba moczowody, jeden padł po 7-miu, a drugi po 5-ciu dniach; sekcya zaś wykazała w obu przypadkach naciek moczowy w otoczeniu podwiązek. Dwa następne króliki padły już w pierwszych 24 godzinach po podwiązaniu: jeden wśród objawów podobnych do mocznicy, u drugiego zaś sekcya wykazała rozpoczynający się naciek moczowy około podwiązki. Z jedenastu królików którym podwiązano jeden moczowód, jeden okazywał w trzecim dniu po zabiegu przemijające objawy mocznicy, które szybko ustąpiły. Cztery zwierzęta padły, siedem po pewnym czasie zabito chloroformem. Przy secevi dwu królików, wykonanej w 21 dni po podwiązaniu moczowodu (nitka, względnie jedwab), nie znalazł *Fraenkel* ani śladu podwiązki, ani też puchliny nerkowej; przypuszcza więc, iż w przypadkach tych podwiązka albo się rozluźniła, albo się przerwała, lub też przecięła. W dalszych dziewięciu przypadkach trzymały podwiązki dobrze, i we wszystkich tych przypadkach wytworzyła się puchlina moczowodowo nerkowa. Z tych dziewięciu znaleziono przy secevi w pięciu przypadkach stosunki aseptyczne w okolicy podwiązki; w trzech wy-

tworzony lub rozpoczynający się naciek moczowy w otoczeniu; a w jednym ogólne ropne zapalenie otrzewnej.

Badaniu drobnowidowemu poddano części czternastu moczowodów, na których założone były podwiązki. Wynik badania w trzech przypadkach był wątpliwy; w dziewięciu napotkano tylko zaciśnięcie, zasznurowanie światła; w dwu zaś światło moczowodu było zupełnie zamknięte. Wyniki te są zupełnie zgodne z wynikami, jakie poprzednio otrzymał *Fraenkel*, robiąc doświadczenia nad podwiązywaniem trąbek. W obu razach rzadko tylko można otrzymać po podwiązaniu zupełne zamknięcie światła trąbki lub moczowodu; drobnowidowo bowiem najczęściej można wykazać drożność tych narządów. Gdy jednak fakt ten w zastosowaniu do trąbki posiada wielkie znaczenie kliniczne, wykazując, że podwiązywanie trąbek w celu zapobieżenia zapłodnieniu jest niedostateczne (dla plemników bowiem i najmniejsza drożność wystarcza); to w przypadkach podwiązywania moczowodów, rzecz ta jest mniejszego znaczenia. W przypadkach bowiem podwiązania moczowodów taka drożność, która daje się wykazać tylko drobnowidowo, nie będzie się różniła pod względem klinicznym od zupełnej niedrożności. W obu przypadkach odpływ moczu będzie niemożliwy, co musi doprowadzić do wwtworzenia się puchliny moczowodowo nerkowej. W razie takiej mikroskopijnej drożności moczowodu może co pewien okres czasu wydostać się po za miejsce podwiązane tylko jakaś drobna część kropli moczu; ta zaś, nawet dostawszy się do otoczenia podwiązki, wielkiego znaczenia mieć nie może w przypadkach czystych, niezakażonych. Aby zaś i w tym względzie się zabezpieczyć, wystarczy założyć poniżej właściwej podwiązki w odległości 1—1½ cm. drugą podwiązkę na moczowodzie. Wtedy ta niewielka ilość moczu, któraby mogła się przedostać przez miejsce, zaciśnięte górną podwiązką (co jest bardzo możliwe przy wielkiem ciśnieniu puchliny moczowodowo nerkowej), zostanie zatrzymana w części moczowodu, leżącej pomiędzy obiema podwiązkami. Tą okolicznością tłómaczyć sobie można fakt, opisywany przez kilku badaczy, że po założeniu dwu podwiązek na moczowodzie spostrzegali następnie pomiędzy podwiązkami kolbowate lub wrzecionowate rozszerzenie moczowodu. Znacznie mniejsze prawdopodobieństwo istnieje, aby i przez miejsce, zaciśnięte drugą podwiązką, mogła się znacznie większa ilość moczu przedostać na zewnątrz. Gdy bowiem zbierający się mocz w moczowodzie po-

dwiązaniem wywiera od początku pewne ciśnienie na miejsce zaciśnięte pierwszą (górną) podwiązką, skutkiem czego warunki do wytworzenia się zupełnego zamknięcia światła moczowodu są niekorzystne; to miejsce, w którym została założona druga (dolna) podwiązka, z początku przynajmniej jest zupełnie wolne od takiego parcia, a skutkiem tego posiada korzystniejsze warunki do zarośnięcia. Doświadczeniami *Fraenkla* stwierdzony fakt, że stosunkowo rzadko przez podwiązanie moczowodu uzyskać można zaraz zupełną, nawet drobnowidowo wykazać się dającą, niedrożność moczowodu, nie może mieć zatem zbyt wielkiego znaczenia praktycznego.

Daleko ważniejsza jest okoliczność, spostrzegana już przez różnych autorów, a podniesiona również w pracy doświadczalnej *Fraenkla*, że ściana moczowodu po podwiązaniu zostaje skutkiem ucisku znacznie uszkodzona, skutkiem czego wytwarza się następnie w tym miejscu przetoka z naciekiem tkanki otaczającej. W tym względzie jednak zapatrywania różnych autorów nie są zupełnie z sobą zgodne: gdy bowiem niektórzy pomimo tego znanego faktu chcą uważać podwiązanie moczowodu za postępowanie pewne i wolne od niebezpieczeństwa, inni twierdzą wprost przeciwnie. Liczba doświadczeń, wykonanych właśnie w tym kierunku, w ogóle nie jest zbyt wielka; a czas obserwacji po podwiązaniu moczowodu jest w pewnej przynajmniej liczbie spostrzeganych przypadków stosunkowo za krótki. Z tych powodów postanowiłem doświadczenia takie powtórzyć i starać się je uzupełnić.

Do doświadczeń użyłem ogółem 42 królików. Operowałem zawsze w uśpieniu; z początku używałem w tym celu czystego chloroformu, później zaś wyłącznie mieszanki chloroformu, eteru i alkoholu. Dochodziłem do moczowodu zawsze od strony jamy brzusznej po otwarciu tejże w linii środkowej; w celu lepszego dostępu i odsłonięcia pola operacyjnego układałem zwierzęta w czasie właściwego zabiegu w położeniu Trendelenburga.

Cały zabieg wykonywałem ściśle aseptycznie. Narzędzia, podwiązki i szwy, kompresy i waciki gotowałem bezpośrednio przed zabiegiem w 1‰ roztworze wodnym sody i używałem następnie prawie na sucho. Po ogoleniu pola operacyjnego oczyszczałem je, podobnie jak i ręce, mechanicznie ciepłą wodą, mydłem i szczotką; następnie wycierałem eterem i alkoholem, później 1‰ roztworem sublimatu, a wreszcie oplukiwałem dokładnie sterylizowanym roztworem fizyologicznym soli kuchennej; potem

wyjalowionym kawałkiem waty wycierałem na sucho. W ten sposób unikałem wprowadzania do ustroju zwierzęcia operowanego jakiegokolwiek środków trujących w postaci antyseptyków. Tylko przy dwu lub trzech początkowych doświadczeniach nie oplukiwałem tak dokładnie pola operacyjnego i rąk swoich po rozczywie sublimatu; jak przypuszczam, nie pozostało to bez wpływu na dalszy przebieg odnośnych doświadczeń. Do podwiązania moczowodu używałem cienkiego jedwabiu N-ru 00 lub N-ru 0 i zawsze robiłem węzeł chirurgiczny; zakładałem dwie podwiązki na moczowodzie: najpierw górną, a 1—1½ centymetra poniżej drugą dolną podwiązkę. Po ukończeniu zabiegu zamykałem jamę brzuszną trzema warstwami szwów, a następnie opatrywałem ranę za pomocą zwykłego kolloidum.

Zwierzęta puszczano następnie wolno i zwykle już po kilku godzinach odstawiano do wspólnej stajni.

Z 42 królików, użytych do doświadczeń, dwa (N^o protokołu 6 i 10), zginęły podczas usypiania czystym chloroformem, jeszcze przed rozpoczęciem operacji; właściwie więc wykonałem 40 doświadczeń. Pewna część zwierząt po zabiegu prędzej czy później padła, i w tych przypadkach wykonałem sekcję w przeciągu kilku najbliższych godzin; pozostałe zaś przy życiu zwierzęta po dłuższym czasie zabijano i wykonywano sekcję zaraz.

Ponieważ wyniki poszczególnych doświadczeń są dość zajmujące w szczegółach, przeto zamieszczam poniżej krótkie wyciągi z odnośnych protokołów; dla łatwiejszego przeglądu pojedyncze doświadczenia zestawiam w postaci tablic, mających pewne stałe rubryki.

Z załączonych tablic wynika, że na 40 wykonanych doświadczeń właściwie ani razu nie spostrzegano w następstwie zabiegu zupełnie wyraźnych objawów zakażenia. Tylko dwa pierwsze przypadki, to jest N^o protokołu I i II, a przedewszystkiem ten drugi, możnaby uważać jako prawdopodobnie zakażone, a przynajmniej podejrzanę; jednak zmiany na otrzewnej, stwierdzone przy sekcji, były niewyraźne. Dla dokładnego rozpatrzenia wyników tych doświadczeń, podzielić należy wszystkie przypadki na dwie grupy.

Do jednej zaliczę zwierzęta, które padły po zabiegu; do dru-

Nr protokołu	Płeć. Moczowód.	Dzień operacji.	Dzień śmierci i jej przyczyna.	Długość życia, dni po operacji.	U W A G I.
I.	Samiec, podwiązany moczowód prawy.	24/IV. 1902.	27/IV. 1902. Peritonitis? Uraemia?	2 1/2.	Zabieg zniósł dobrze, dopiero pod koniec drugiego dnia wystąpiła ogólna ociążałość: siadł spokojnie, nie poruszał się weale, na kilka godzin przed śmiercią wystąpiły kilkakrotnie ogólne drgawki.
II.	Samica, podwiązany moczowód prawy.	25/IV. 1902.	27/IV. 1902. Peritonitis? Uraemia?	1 1/2.	Prawie od początku po zabiegu siadł spokojnie i weale się nie ruszał; na drugi dzień wystąpiły kilka razy drgawki.
III.	Samiec, podwiązany moczowód prawy.	25/IV. 1902.	21/VI. 1902. Peritonitis. Infiltratio urin.	57.	Zabieg zniósł bardzo dobrze i już po kilku godzinach zachowywał się zupełnie swobodnie.
IV.	Samiec, podwiązany moczowód lewy.	5/V. 1902.	3/III. 1903. Zabity.	301.	Zabieg zniósł dobrze, i po kilku godzinach zachowywał się już normalnie.
V.	Samica ciężarna, podwiązany moczowód lewy.	5/V. 1902.	8/V. 1902. Causa mortis? Uraemia??	3.	Od czasu operacji siedziała spokojnie i ruszała się tylko niechętnie, leniwo. W ostatnich kilkunastu godzinach wystąpiła wybitna śpiączka, drgawek wyraźnych nie zauważono.
VII.	Samica ciężarna, podwiązany moczowód lewy.	7/V. 1902.	9/V. 1902. Causa mortis? Uraemia??	2.	Przez kilka godzin po operacji zachowywała się względnie dość swobodnie; potem siadła spokojnie, — i wystąpiła śpiączka. Wyraźnych drgawek nie zauważono.

W Y N I K S E K C Y I.

Rana w powłokach brzusznych bez znacniejszego odczynu.

Otrzewna wszędzie nieco przyémiona, wysięku niema.

Nerka lewa przekrwiona, torebka napięta.

Nerka prawa znacznie powiększona, miąższ wybitnie przekrwiony; miedniczka nerkowa i moczowód, powyżej górnej podwiązki bardzo znacznie rozszerzony, zawiera moczu wybitnie krwawy.

Obie podwiązki trzymają dobrze, w otoczeniu stosunki prawidłowe.

Otrzewna ścienna i jelitowa nieco przyémiona, w dolnej części brzucha nieznaczna ilość płynu surowiczego.

Nerka lewa zdaje się być powiększoną, torebka jej wyraźnie napięta.

Nerka prawa znacznie przekrwiona, powiększona; miedniczka nerkowa i moczowód prawy powyżej górnej podwiązki znacznie rozszerzony przez moczu wyraźnie krwawy.

Obie podwiązki trzymają dobrze; część moczowodu pomiędzy podwiązkami zapadła, w otoczeniu nie prawidłowego.

Rana w powłokach brzusznych zgojona przez rychłozrost.

W jamie otrzewnowej około 100 cm. kub. cieczy mętnej, żółtawej.

Na otrzewnej ściennej i jelitowej liczne złogi włókniaka, a zwłaszcza w okolicy podwiązek. Nerka lewa zdaje się być prawidłowa.

Nerka prawa znacznie powiększona; w miejscu górnej podwiązki, założonej na moczowodzie, znajduje się przetoka; ta ostatnia prowadzi do jamy zaotrzewnowej wzdłuż moczowodu prawego; rozległy naciek moczowy, który komunikuje się z jamą otrzewnową.

Rana w powłokach brzusznych zgojona przez rychłozrost.

W jamie otrzewnowej liczne cysticercus, otrzewna wszędzie prawidłowa.

Nerka prawa duża, zdaje się być powiększoną w całości, przerosła.

Nerka lewa jest o połowę mniejsza aniżeli prawa i okazuje objawy wodonercza.

Moczowód lewy rozszerzony powyżej miejsca, w którym założono górną podwiązkę; poniżej widać drugie przewężenie, odpowiadające dolnej podwiązce; część moczowodu pomiędzy podwiązkami wrzecionowato rozszerzona, a w ścianie tej części widoczne są ślady podwiązki. W otoczeniu stosunki prawidłowe.

Rana w powłokach brzusznych bez znacniejszego odczynu.

Otrzewna wszędzie gładka, lśniąca, prawidłowa.

Rogi macicy guzowate, pojedyncze guzy są wielkości dużego jaja gołębiego; druga połowa ciąży.

Nerka prawa zdaje się być więcej soczystą, torebka napięta.

Nerka lewa powiększona, moczowód lewy i miedniczka nerkowa znacznie rozszerzone i wypełnione moczem wybitnie krwawym.

Obie założone podwiązki trzymają dobrze, w okolicy nie prawidłowego.

Rana w powłokach brzusznych wygląda prawidłowo.

Otrzewna gładka, lśniąca, zmian nie okazuje.

Rogi macicy guzowate, guzy wielkości bardzo dużych czereśni; połowa ciąży.

Nerka prawa zdaje się być prawidłową.

Nerka lewa powiększona, przekrwiona; miedniczka i moczowód lewy, powyżej podwiązki górnej znacznie rozszerzone, zawierają moczu krwawy.

Podwiązki trzymają dobrze; w otoczeniu nie zauważono nie prawidłowego.

№ protokolu.	Płeć. Moczowód.	Dzień operacji	Dzień śmierci i jej przyczyna.	Długość życia, dni po operacji.	U W A G I.
VIII.	Samica ciężarna, początek ciąży — podwiązany moczowód lewy.	14/V. 1902.	6/VI. 1902. Infiltrat. urin. Peritonitis incipiens.	23.	Z początku miała się dobrze; dopiero na kilka dni przed śmiercią nie ruszała się prawie wcale, i nie chciała jeść. Dnia 6 czerwca urodziła dwoje młodych nieżywych, prawie donoszonych; przysiętem miała kurcze silne, a po kilku godzinach padła.
IX.	Samiec, podwiązany moczowód lewy.	27/V. 1902.	3/III. 1903. Zabity.	279.	Zabieg zniósł zupełnie dobrze.
XI.	Samica, podwiązany moczowód prawy.	28/V. 1902.	9/I. 1903. Zabity.	226.	Zabieg zniosła zupełnie dobrze. Dnia 16 lipca urodziła 7 żywych donoszonych młodych. Dnia 11 listopada urodziła 9 młodych żywych.
XII.	Samica, podwiązany moczowód lewy.	28/V. 1902.	27/II. 1903. Zabity.	275.	Zabieg zniosła dobrze. Dnia 20 czerwca 1902, urodziła 5 młodych żywych donoszonych. Dnia 4 listopada 1902, urodziła 7 młodych.
XIII.	Samiec, podwiązany moczowód prawy.	9/VI. 1902.	2/XII. 1902. Zabity.	176.	Już w kilka godzin po zabiegu zachowywał się zupełnie swobodnie.

W Y N I K S E K C Y I

Rana w powłokach brzusznych zgojona przez rychłozrost.

Otrzewna, zwłaszcza po stronie lewej, jest nieco przyćmiona i przekrwiona. W obu rogach macicy, bardzo znacznie powiększonych, guzowatych, znajduje się jeszcze 5 płodów prawie donoszonych.

Nerka prawa może nieco większa, niż normalnie, zmian nie okazuje.

Nerka lewa bardzo znacznie powiększona; miedniczka i moczowód mocno rozszerzone; treść czysta, nie jest krwawo zabarwiona.

W okolicy obu podwiązek znajduje się otorbiony naciek moczowy wielkości dużego orzecha, ułożony zaotrzewnowo;— w jednym miejscu istnieje mała, włosowata prawie komunikacja z jamą otrzewnową.

Rana w powłokach brzusznych zgojona zupełnie, prawie bez śladu.

W jamie brzusznej liczne cysticercus, otrzewna prawidłowa.

Nerka lewa jest nieco powiększona, przerosta.

Nerka prawa duża w całości przedstawia się jako guz okazujący chęłbotanie wyraźne; hydronephrosis o ścianach napiętych, cienkich.

Moczowód prawy bardzo znacznie rozszerzony powyżej podwiązki, pokręcony, jest grubości pióra kruczego; obok w ścianie z boku widać resztki podwiązki górnej; poniżej widoczna jest cała podwiązka dolna. Część moczowodu pomiędzy obiema podwiązkami okazuje wyraźnie kolbowate rozszerzenie; poniżej dolnej podwiązki moczowód cienki zapadły.

Rana w powłokach brzusznych zgojona przez rychłozrost prawie bez śladu.

Otrzewna zmian żadnych nie okazuje.

Nerka lewa prawidłowa, może nieco większa niż zwykle.

Nerka prawa jest mniejsza, niż lewa i przedstawia się, jako chęłbotający guz o dość grubych i napiętych ścianach.

Prawy moczowód znacznie rozszerzony, zwęża się konicznie, i w tem miejscu wykazać można resztkę podwiązki górnej; poniżej w odległości 1 cm. znajduje się druga podwiązka; pomiędzy podwiązkami widoczne jest wrzecionowate rozszerzenie tej części moczowodu; poniżej moczowód cienki, zapadły.

Rana w powłokach brzusznych zgojona przez rychłozrost.

W jamie otrzewnowej liczne cysticercus, otrzewna wszędzie prawidłowa.

Nerka prawa jest większa w całości, przerost.

Nerka lewa bardzo znacznie powiększona w postaci guza chęłbotającego o ścianach napiętych dość cienkich. Moczowód lewy, bardzo znacznie rozszerzony, nagle się stożkowo zwęża; w szczycie tego stożka znajdują się części górnej podwiązki; 1 cm. poniżej widać dolną podwiązkę, trzymającą się ściany moczowodu;—pomiędzy podwiązkami nieznaczne zgrubienie moczowodu;—poniżej zaś moczowód cienki zapadnięty.

Rana w powłokach brzusznych zgojona zupełnie bez śladu.

Otrzewna wszędzie gładka, lśniąca, prawidłowa.

Nerka prawa zdaje się być większą niż normalnie.

Nerka lewa bardzo znacznie powiększona, przedstawia się jako guz chęłbotający. Moczowód lewy, znacznie rozszerzony, jest grubości pióra gęsiego; w połowie swej długości nagle się zwęża i staje się niedrożnym; poniżej zaś moczowód cienki. Podwiązek ani w ścianie moczowodu, ani też w otoczeniu wykazać nie można.

Nr protokolu.	Płeć. Moczowód.	Dzień operacji	Dzień śmierci i jej przyczyna.	Długość życia, dni po operacji.	U W A G I.
XIV.	Samiec, podwiązany moczowód prawy.	9/VI. 1902.	29/XII. 1902. Zabity.	203.	Zabieg zniósł zupełnie do brze.
XV.	Samica, podwiązany moczowód lewy.	11/VI. 1902.	27/II. 1903. Zabity.	262.	Dnia 13 września 1902 urodziła 9 młodych żywych. Cały czas miała się zupełnie dobrze.
XVI.	Samiec, podwiązany moczowód prawy.	11/VI. 1902.	25/VI. 1902. Peritonitis. Infiltrat. urin.	14.	Przez dziesięć dni po operacji miał się dobrze, potem przestał jeść, siedział spokojnie i prawie się nie ruszał.
XVII.	Samica, podwiązany moczowód lewy.	16/VI. 1902.	29/VI. 1902. Peritonitis. Infiltrat. urin.	13.	Z początku miała się dobrze, w ostatnich kilku dniach leżała spokojnie i nie jadła.
XVIII.	Samiec, podwiązany moczowód lewy.	16/VI. 1902.	27/VI. 1902. Peritonitis. Infiltrat. urin.	11.	Zaledwie kilka dni po operacji miał się dobrze, potem leżał spokojnie i weale się nie ruszał.

W Y N I K S E K C Y I.

Rana w powłokach brzusznych zgojona przez rychłozrost.
W jamie otrzewnowej skąpe cysticercus, otrzewna wszędzie prawidłowa.
Nerka lewa zdaje się być przerostą, większą niż prawidłowo.
Nerka prawa przedstawia się jako duży guz, fluktuującą wybitną okazujący, o ścianach miernie napiętych, cienkich.

Moczowód prawy rozszerzony do grubości pióra gęsięgo; w miejscu gdzie była założona górna podwiązka, jest wyraźnie i dość znaczne przewężenie światła; poniżej zaś, w miejscu odpowiadającym dolnej podwiązce, jest zupełna niedrożność światła moczowodu. Przy bliższym rozpatrywaniu widać wewnątrz w świetle moczowodu, tuż nad miejscem zarośnięcia, wolno w płynie pływającą górną podwiązkę w całości; podczas gdy z dolnej podwiązki tylko resztki, około ściany się trzymające, są widoczne.

Rana w powłokach brzusznych zgojona bez śladu.
W jamie brzusznej liczne cysticercus, otrzewna wszędzie prawidłowa.
Nerka prawa jest większa niż normalnie.
Nerka lewa bardzo znacznie powiększona w postaci guza, okazującego chębotanie wyraźne, o ścianach cienkich, napiętych.

Moczowód lewy bardzo znacznie rozszerzony; na odległości 3 cm. przed pęcherzem moczowym nagle się zwęża i jest w tym miejscu niedrożny; obok w ścianie moczowodu widoczne są jeszcze ślady podwiązki. Powyżej tego miejsca na 1 cm. widać na moczowodzie wyraźne przewężenie światła, prawdopodobnie w miejscu w którym była założona druga podwiązka górna.

Rana w powłokach brzusznych zgojona przez rychłozrost.
W jamie otrzewnowej kilkanaście cm. płynu mętnego; otrzewna przyćmiona, nastryknięta; w okolicy podwiązek skąpe złogi wycięiny włóknikowej; tamże znajduje się otwór komunikujący pomiędzy jamą otrzewnową a jamą zaotrzewnową, wielkości orzecha włoskiego, wytworzony przez naciek moczowy. Nerka prawa powiększona znacznie; miedniczka nerkowa i moczowód znacznie rozszerzone.
Nerka lewa zdaje się być prawidłową.

Rana w powłokach brzusznych zgojona przez rychłozrost.
Otrzewna cała przyćmiona, nastryknięta wyraźnie.
Lewa nerka powiększona znacznie; miedniczka i moczowód lewy powyżej podwiązania znacznie rozszerzone. Obie podwiązki trzymają dobrze, w okolicy podwiązki górnej naciek moczowy ułożony zaotrzewnowo, wielkości orzecha łaskowego, komunikujący małym otworem z jamą otrzewnową.
Prawa nerka zmian nie przedstawia.

Rana w powłokach brzusznych zgojona przez rychłozrost.
Otrzewna wyraźnie nastryknięta, przekrwiona, przyćmiona; w okolicy podwiązek pojedyncze złogi wycięiny włóknikowej.
Nerka lewa powiększona; miedniczka i moczowód rozszerzone powyżej miejsca podwiązania. W okolicy górnej podwiązki naciek moczowy wielkości orzecha włoskiego, położony zaotrzewnowo i tylko drobnym otworem komunikujący z jamą otrzewnową.

Nerka prawa zmian nie okazuje.

№ protokolu.	Płeć. Moczowód.	Dzień operacji	Dzień śmierci i jej przyczyna.	Długość życia, dni po operacji.	U W A G I.
XIX.	Samiec, podwiązany moczowód prawy.	19/VI. 1902.	5/III. 1903. Zabity.	259.	Zabieg zniósł bardzo dobrze i już po kilku godzinach zachowywał się zupełnie swobodnie.
XX.	Samiec, podwiązany moczowód lewy.	23/VI. 1902.	17/X. 1902. Peritonitis tuberculosa.	117.	Zabieg zniósł dobrze, następnie przez czas dłuższy miał się zupełnie dobrze. Dopiero po przeszło dwu miesiącach zauważono, że zaczął chudnąć, mało jadł i coraz niechętniej się ruszał.
XXI.	Samica, podwiązany moczowód prawy.	23/VI. 1902.	29/VI. 1902. Peritonitis. Infiltrat. urin.	6.	Po zabiegu nie zachowywała się już swobodnie, lecz ruszała się tylko leniwie; w ostatnich dwu dniach siedziała spokojnie, sennie.
XXII.	Samica ciężarna, początek ciąży, podwiązany moczowód prawy.	25/VI. 1902.	4/III. 1903. Zabity.	252.	Zabieg zniosła zupełnie dobrze. Dnia 18 lipca 1902 urodziła 9 młodych żywych donoszonych. Dnia 29 listopada 1902 urodziła 7 młodych.
XXIII.	Samica ciężarna, początek ciąży, podwiązany moczowód lewy.	26/VI. 1902.	2/XII. 1902. Zabity.	159.	Zabieg zniosła zupełnie dobrze. Dnia 15 lipca 1902 urodziła 5 młodych żywych donoszonych.

W Y N I K S E K C Y I.

Rana w powłokach brzusznych zgojona przez rychłozrost.

W jamie brzusznej liczne cysticercus, otrzewna prawidłowa.

Nerka lewa jest w całości większa, niż normalnie.

Nerka prawa znacznie jest mniejsza, niż nerka lewa, i przedstawia się jako guz wielkości bardzo małego orzecha włoskiego, który okazuje wyraźne chelbotanie.

Moczowód prawy znacznie rozszerzony, w miejscu górnej podwiązki zupełnie niedrożny; poniżej w miejscu, gdzie założono drugą podwiązkę, również światło moczowodu zupełnie zamknięte. Część moczowodu pomiędzy podwiązkami jest nieco rozszerzona i wypełniona płynem jasnym, w którym swobodnie pływa wolno podwiązka górna w całości; z podwiązki dolnej widoczne są tylko ślady w ścianie moczowodu.

Rana w powłokach brzusznych zgojona zupełnie przez rychłozrost.

Rozległe ogólne zapalenie otrzewnej zlepno włóknikowe; wszystkie widoczne gruczolę limfatyczne jamy brzusznej są bardzo znacznie powiększone, zserowaciałe.

Nerka lewa powiększona znacznie przedstawia się jako guz, okazujący chelbotanie.

Moczowód lewy znacznie rozszerzony; podwiązek wykazać nie można; tylko w dwu miejscach stwierdzić można niedrożność światła, a pomiędzy nimi jest nieznaczne rozszerzenie, zgrubienie moczowodu.

Nerka prawa zdaje się być nieco powiększoną.

Rana w powłokach brzusznych bez znacniejszego odczynu.

Otrzewna jakby w całości przyémiona, wyraźnie nastryknięta.

Nerka lewa niżej położona, niż prawa, zmian nie okazuje.

Nerka prawa powiększona; miedniczka i moczowód prawy znacznie rozszerzone; obie podwiązki widoczne. Wzdłuż moczowodu prawego powyżej podwiązek ku nerce, rozległy naciek moczowy zaotrzewnowy; — komunikacji wyraźnej z jamą otrzewnową wykazać nie można.

Rana w powłokach brzusznych zgojona przez rychłozrost bez śladu.

W jamie brzusznej liczne cysticercus; otrzewna wszędzie prawidłowa.

Nerka lewa jest znacznie większa, niż normalnie.

Nerka prawa przedstawia się, jako duży guz elastyczny okazujący wybitne chelbotanie.

Moczowód prawy do miejsca podwiązania bardzo znacznie rozszerzony; w tem miejscu niedrożny, w otoczeniu i samej ścianie widoczne ślady podwiązki; poniżej moczowód zapadły, cienki.

Śladów drugiej podwiązki wykazać nie można.

Rogi macicy guzowate; pojedyncze guzy wielkości maliny — początek ciąży.

Rana w powłokach brzusznych zgojona przez rychłozrost.

Otrzewna wszędzie gładka, lśniaca, zmian nie przedstawia.

Nerka prawa większa znacznie niż normalnie.

Nerka lewa w całości nieco mniejsza niż nerka prawa, przedstawia się jako guz chelboący.

Moczowód lewy powyżej miejsca podwiązania rozszerzony, jest grubości pióra gęsiego. W miejscach gdzie założone były podwiązki niedrożność, a w ścianie i w otoczeniu resztki podwiązek widoczne.

Nr protokolu.	Płeć. Moczowód.	Dzień operacji	Dzień śmierci i jej przyczyna.	Długość życia, dni po operacji.	U W A G I.
XXIV.	Samiec, podwiązany moczowód lewy.	26/VI, 1902.	10/IX, 1902. Zabity.	76.	Zabieg zniosła dobrze. Dnia 27 sierpnia 1902 urodziła 7 młodych żywych donoszonych. W ostatnich tygodniach wychudła bardzo znacznie i nie jadła chętnie.
XXV.	Samiec, podwiązany moczowód prawy.	30/VI, 1902.	5/III, 1903. Zabity.	248.	Zabieg zniósł zupełnie dobrze.
XXVI.	Samiec, podwiązany moczowód prawy.	30/VI, 1902.	13/X, 1902. Zabity.	105.	Po zabiegu w krótkim czasie przyszedł zupełnie do siebie i stale miał się dobrze.
XXVII.	Samiec, podwiązany moczowód lewy.	30/VI, 1902.	27/X, 1902. Zabity.	119.	Zabieg zniósł dobrze.
XXVIII.	Samica, podwiązany moczowód prawy.	7/VII, 1902.	21/VII, 1902. Peritonitis. Infiltrat. urin.	14.	Juz po kilku dniach po operacji siedziała ciągle spokojnie i nie chciała nie jeść.

W Y N I K S E K C Y I.

Rana w powłokach brzusznych zgojona; w miejscu blizny pooperacyjnej dość znaczna przepuklina brzuszna. W jamie brzusznej bardzo liczne cysticerus, otrzewna wszędzie prawidłowa.

Nerka lewa zdaje się być większą, niż normalnie.

Nerka prawa znacznie powiększona; ma postać guza, okazującego chelbotanie. Moczowód prawy rozszerzony, grubości pióra gęszego, powyżej podwiązki; poniżej zapadły, cienki. Obie podwiązki trzymają dobrze i są widoczne; część moczowodu pomiędzy podwiązkami nie okazuje wybitnego rozszerzenia.

Rana w powłokach brzusznych zgojona przez rychłozrost.

W jamie brzusznej liczne cysticerus, — otrzewna prawidłowa.

Lewa nerka znacznie większa, niż normalnie.

Prawa nerka przedstawia się, jako guz wielkości małego jaja kurzego, okazujący wyraźne chelbotanie, o ścianach cienkich, napiętych. Moczowód prawy znacznie rozszerzony, w jednym miejscu niedrożny, i tam widoczne resztki jednej z podwiązek (dolnej); w świetle moczowodu rozszerzanego widać wolno pływającą całą podwiązkę drugą (górną); poniżej miejsca, w którym jest niedrożność, moczowód cienki, zapadnięty.

Rana w powłokach brzusznych zgojona przez rychłozrost.

Otrzewna wszędzie prawidłowa, zmian nie okazuje.

Nerka lewa zdaje się być nieco większą.

Nerka prawa powiększona przedstawia się, jako guz, okazujący chelbotanie. Moczowód prawy znacznie rozszerzony powyżej podwiązek; poniżej jest zapadnięty, cienki.

Obie podwiązki widoczne, jeszcze teraz trzymają dobrze; część moczowodu pomiędzy podwiązkami nie okazuje wyraźnego rozszerzenia.

Rana w powłokach brzusznych zgojona przez rychłozrost.

Otrzewna wszędzie prawidłowa.

Prawa nerka jest, zdaje się, większa, niż normalnie.

Lewa nerka przedstawia się jako duży guz, okazujący wyraźne chelbotanie.

Moczowód lewy bardzo znacznie rozszerzony do połowy swej długości; tam nagle się zwęża stożkowato i kończy się ślepo; zupełnie zarośnięcie światła. Poniżej zupełnie osobno znajduje się odsznurowany dalszy ciąg lewego moczowodu, który w górnej swej części okazuje nieznaczne zgrubienie; w miejscu tem odróżnić się dają resztki założonej podwiązki leżące w ścianie.

Rana w powłokach brzusznych zgojona prawie przez rychłozrost.

Otrzewna nieco nastrzyknięta, przyémiona, w okolicy podwiązek znajduje się wiotki nalot włóknika.

Nerka prawa powiększona, miedniczka i moczowód prawy znacznie rozszerzony. Wzdłuż moczowodu prawego znajduje się guz wielkości jaja kurzego, chelbotający, ułożony zaotrzewnowo, — otorbiony naciek moczowy rozległy; wyraźnej komunikacji pomiędzy naciekiem a jamą otrzewnową wykazać nie można.

Nerka lewa jest, zdaje się, prawidłowa; moczowód lewy jest w górnej swej części nieco rozszerzony, a to z powodu, iż guz, tworzący naciek moczowy, przesunął znacznie na stronę lewą tkankę otaczającą, i pośrednio przemieścił i ucisnął nieco moczowód lewy.

Nr protokołu.	Płeć. Moczowód.	Dzień operacyi	Dzień śmierci i jej przyczyna.	Odcinek życia, dni po operacyi.	U W A G I.
XXIX.	Samica, podwiązany moczowód prawy.	7/VII. 1902.	27/II. 1903. Zabity.	235.	Zabieg zniósł zupełnie dobrze.
XXX.	Samica, podwiązany moczowód lewy.	9/VII. 1902.	29/XII. 1902. Zabity.	173.	Zabieg zniosła bardzo dobrze. Dnia 12 października urodziła 9 młodych żywych.
XXXI.	Samiec, podwiązany moczowód prawy.	9/VII. 1902.	20/VII. 1902. Peritonitis. Infiltrat. urin.	11.	Przez kilka pierwszych dni miał się dobrze, potem siedział spokojnie i nie chciał jeść.
XXXII.	Samiec, podwiązany moczowód prawy.	9/VII. 1902.	19/VII. 1902. Peritonitis. Infiltrat. urin.	10.	Od trzeciego dnia po operacyi siedział bez ruchu i nie jadł.
XXXIII.	Samica, podwiązany moczowód prawy.	16/VII. 1902.	2/XII. 1902. Zabity.	140.	Zabieg zniosła zupełnie dobrze. Dnia 19 września urodziła 7 młodych żywych donoszonych.

W Y N I K S E K C Y I.

Rana w powłokach brzusznych zgojona przez rychlozrost bez śladu.

W jamie brzusznej liczne cysticerceus, otrzewna prawidłowa.

Nerka prawa znacznie większa, niż normalnie.

Nerka lewa może nieco mniejsza niż prawa, przedstawia się jako guz wielkości małego bardzo orzecha włoskiego, i okazuje wyraźne chelbotanie.

Moczowód lewy rozszerzony; w miejscu, w którym założona była górna podwiązka, znajduje się nagle zaciśnięcie moczowodu; tuż poniżej widać wyraźne wrzecionowate rozszerzenie światła; pod nim zupełne zamknięcie światła moczowodu, w miejscu odpowiadającym drugiej, dolnej podwiązce. Obok w ścianie rozróżnić można jeszcze resztki podwiązki.

Rana w powłokach brzusznych zgojona przez rychlozrost.

Otrzewna prawidłowa, zmian żadnych nie okazuje.

Nerka prawa nieco większa niż normalnie.

Nerka lewa przedstawia się jako guz wielkości średniego jaja kurzego, okazujący wybitne chelbotanie, o ścianach mocno napiętych, cienkich.

Moczowód lewy znacznie rozszerzony. W miejscu, w którym założona była górna podwiązka, widać wybitne przewężenie światła; poniżej widoczne jest nieznaczne rozszerzenie, a pod nim zupełne zamknięcie, niedrożność światła moczowodu w miejscu odpowiadającym podwiązce dolnej. Ślady podwiązek w ścianie moczowodu.

Rana w powłokach brzusznych prawie zupełnie zgojona.

Otrzewna przyemiona i nastrzyknięta; w okolicy podwiązek wiotki nalożony włóknikowy; tamże zlepy kilku pętli jelitowych. W okolicy obu podwiązek znajduje się naciek moczowy wielkości orzecha włoskiego ułożony zaotrzewnowo.

Nerka prawa powiększona; miedniczka i moczowód prawy powyżej podwiązki znacznie rozszerzone. Obie podwiązki leżą zdaje się dobrze.

Nerka lewa zmian nie okazuje.

Rana w powłokach brzusznych zgojona prawie zupełnie.

Otrzewna cała nastrzyknięta, po stronie prawej, a zwłaszcza w okolicy założonych podwiązek, liczne złoży wypociny włóknikowej i zlepy pętli jelit. W miejscu podwiązania moczowodu zaotrzewnowo ułożony rozległy naciek moczowy, komunikujący małym otworem z jamą otrzewnową.

Nerka prawa nieco większa; miedniczka i moczowód prawy powyżej podwiązki znacznie rozszerzone; podwiązki trzymają zdaje się dobrze.

Nerka lewa zmian nie okazuje.

W dolnej części blizny pooperacyjnej wytworzyła się przepuklina brzuszna.

Otrzewna gładka, błyszcząca, zmian nie przedstawia.

Nerka lewa większa, niż prawidłowa.

Nerka prawa jest prawie tak wielka jak lewa i przedstawia się, jako guz o ścianach dość grubych, okazujący chelbotanie.

Moczowód prawy, bardzo znacznie rozszerzony, jest grubości dużego pióra gęsiego; w miejscu, gdzie założono podwiązkę górną, wypukłono stożkowato; na szczycie stożka widoczne są resztki podwiązki; poniżej tego miejsca znajduje się zupełne zamknięcie, niedrożność światła, w miejscu odpowiadającym drugiej dolnej podwiązce; poniżej moczowód cienki, zapadnięty.

№ protokolu.	Płeć. Moczowód.	Dzień operacji	Dzień śmierci i jej przyczyna.	Długość życia, dni po operacji.	U W A G I.
XXXIV.	Samiec, podwiązany moczowód prawy.	16/VII. 1902.	24/VII. 1902. Peritonitis. Infiltrat. urin.	8.	Od samego początku po operacji nie chciał jeść i poruszał się tylko leniwo.
XXXV.	Samiec, podwiązany moczowód prawy.	18/VII. 1902.	16/I. 1903. Zabity.	181.	Zabieg zniósł bardzo dobrze i w kilka godzin biegł już zupełnie swobodnie.
XXXVI.	Samiec, podwiązany moczowód lewy.	18/VII. 1902.	16/I. 1903. Zabity.	181.	Zabieg zniósł dobrze.
XXXVII.	Samica ciężarna, początek ciąży, podwiązany moczowód prawy.	21/VII. 1902.	9/I. 1903. Zabity.	171.	Zabieg zniosła zupełnie dobrze. Dnia 6 sierpnia 1902 urodziła 9 młodych nieżywych, prawie donoszonych, poczem miała się dobrze.
XXXVIII.	Samica, ciężarna, druga połowa ciąży, podwiązany moczowód lewy.	21/VII. 1902.	27/VII. 1902. Causa mortis? Uraemia??	6.	Z początku miała się dobrze, od 3-go dnia siedziała spokojnie, dnia 5 wystąpiła wyraźna śpiączka.

W Y N I K S E K C Y I

Rana w powłokach brzusznych prawie zgojona.

Otrzewna przyémiona i wybitnie przekrwiona; w okolicy założonych podwiązek nalot włóknikowy i zlepy pojedynczych pętli jelit

Zaotrzewnowo ułożony jest około podwiązek naciek moczowy wielkości małego orzecha włoskiego.

Nerka prawa powiększona; miedniczka i moczowód prawy rozszerzone znacznie; obie podwiązki trzymają zdaje się, dobrze.

Nerka lewa zmian nie przedstawia.

Rana w powłokach brzusznych zgojona przez rychłozrost zupełnie.

Otrzewna wszędzie prawidłowa.

Nerka lewa znacznie większa, niż normalnie.

Nerka prawa przedstawia się jako guz wielkości małego jaja kurzego, o ścianach napiętych, dość cienkich, okazujący wyraźne chelbotanie.

Moczowód prawy, rozszerzony znacznie, jest zupełnie niedrożny w miejscu, gdzie była założoną górna podwiązka, z której ślady są jeszcze widoczne; poniżej znajduje się drugie przewężenie na moczowodzie, odpowiadające dolnej podwiązce, część moczowodu pomiędzy podwiazkami jest wyraźnie wrzecionowato rozszerzone.

Rana w powłokach brzusznych zgojona przez rychłozrost.

Otrzewna prawidłowa. Nerka prawa większa znacznie, niż normalnie.

Nerka lewa w całości bardzo znacznie powiększona, przedstawia się jako guz wielkości jaja kurzego średniego, okazujący wyraźne chelbotanie, o ścianach napiętych, cienkich.

Moczowód lewy znacznie rozszerzony; w miejscu górnej i dolnej podwiązki jest niedrożny, pomiędzy podwiazkami leżąca część moczowodu jest kolbowato rozszerzona. W ścianie widoczne są resztki podwiązek.

Rana w powłokach brzusznych zgojona przez rychłozrost.

Otrzewna wszędzie gładka, lśniąca, prawidłowa.

Nerka lewa jest znacznie większa, niż normalnie.

Nerka prawa przedstawia się jako duży guz okazujący wyraźne chelbotanie.

Moczowód prawy długi, nieco pokręcony, tuż przy miedniczce nerkowej jest grubości pióra gęsiego; poniżej się zwęża; miejsca, w których były założone obie podwiązki, są niedrożne, a obok w ścianie widoczne są resztki podwiązek.

Część moczowodu pomiędzy podwiazkami jest wrzecionowato rozszerzona, poniżej dolnej podwiązki moczowód cienki.

Rana w powłokach brzusznych bez znacniejszego odczynu.

Otrzewna wszędzie gładka, lśniąca, żadnych zmian nie okazuje.

Nerka lewa znacznie powiększona, pod torebką widać liczne drobne wynaczynienia.

Moczowód lewy, rozszerzony powyżej podwiązek, zawiera mocz wyraźnie krwawy; obie podwiązki trzymają dobrze; w otoczeniu nie nieprawidłowego nie zauważono.

Nerka prawa wydaje się być powiększoną, znacznie przekrwioną i więcej soczystą, aniżeli w stosunkach prawidłowych.

Rogi macicy powiększone znacznie, guzowate; pojedyncze guzy dochodzą do wielkości jaja gołębiego.

№ protokolu.	Płeć. Moczowód.	Dzień operacyi.	Dzień śmierci. i jej przyczyna.	Długosć życia dni po operacyi.	U W A G I.
XXXIX.	Samica, pod- wiązany mo- czowód pra- wy.	22/VII. 1902.	5/VIII. 1902. Peritonitis inci- piens. Infiltratio urin.	14.	Z początku po operacyi miała się dobrze, dopiero w ostatnich kilku dniach siedziała spokojnie i nie nie chciała jeść.
XL.	Samiec, pod- wiązany mo- czowód pra- wy.	22/VII. 1902.	3/VIII. 1902. Peritonitis. Infiltrat. urin.	12.	Z początku swobodnie bie- gał i ruszał się, po tygod- niu przestał jeść i siedział ciągle na jednym miejscu.
XLI.	Samica, pod- wiązany mo- czowód le- wy.	5/VIII. 1902.	24/VIII. 1902. Peritonitis. Infiltrat. urin.	19.	Przez pierwszych dziesięć dni miała się dobrze, po- tem ruszała się tylko nie- chętnie, a w ostatnich dniach wcale nie chciała jeść i siedziała spokojnie.
XLII.	Samica cięż- arna, poło- wa ciąży, pod- wiązany mo- czowód le- wy.	5/VIII. 1902.	9/VIII. 1902. Causa mortis? Uraemia??	4.	Od czasu operacyi siedzia- ła spokojnie; trzeciego dnia wystąpiła spączka; kilka godzin przed śmier- cią miała mieć drgawki.

W Y N I K S E K C Y I.

Rana w powłokach brzusznych zgojona przez rychłozrost.

Otrzewna nie zupełnie gładka, a w okolicy założonych podwiązek wyraźnie przyémiona i nastrzyknięta. Nerka prawa znacznie powiększona, kształtu kulistego; miedniczka i moczowód prawy rozszerzony, pokręcony powyżej podwiązek. Obie podwiązki trzymają zdaje się dobrze; tuż około górnej podwiązki, ściana moczowodu na przestrzeni dużej fasoli ściśle przylega zaotrzewnowo do mięśnia; rozpoczynający się naciek moczowy.

Nerka lewa zmian nie okazuje.

Rana w powłokach brzusznych przez rychłozrost zgojona.

Otrzewna przyémiona po stronie prawej; zwłaszcza w dolnej części jamy brzusznej naloty wiotkie włóknika.

Nerka prawa powiększona; miedniczka i moczowód prawy, powyżej podwiązek rozszerzony bardzo znacznie, zawiera moc jakby ciemniej (nieco krwawo) zabarwioną. W otoczeniu obu podwiązek położony zaotrzewnowo naciek moczowy wielkości orzecha włoskiego.

Nerka lewa jest, zdaje się, prawidłowa.

Rana w powłokach brzusznych zgojona przez rychłozrost.

Otrzewna cała przekrwiona, przyémiona; w okolicy założonych podwiązek wiotki nalot włóknika i zlepki pojedynczych pętli jelit.

Nerka lewa powiększona; miedniczka i moczowód lewy powyżej podwiązek znacznie rozszerzony. Obie podwiązki trzymają dobrze; w otoczeniu rozlany wyraźny naciek tkanek otaczających.

Nerka prawa zmian nie okazuje.

Rana w powłokach brzusznych bez znacniejszego odczynu.

Otrzewna wszędzie gładka, lśniąca, zmian nie okazuje.

Lewa nerka powiększona; miedniczka i moczowód lewy, rozszerzone powyżej podwiązek, zawierają moc wyraźnie krwawą. Obie podwiązki trzymają do brzo, w otoczeniu stosunki prawidłowe.

Prawa nerka jest więcej przekrwiona, większa, soczysta; torebka napięta.

Rogi macicy znacznie powiększone, guzowate; pojedyncze guzy dochodzą do wielkości dużych czereśni.

giej zaś te, które zabieg zniosły i dopiero po dłuższym czasie zostały zabite.

W grupie pierwszej należy dalej odrębnie rozpatrywać te przypadki, w których śmierć nastąpiła w krótkim czasie po zabiegu, sekeya zaś nie wykazała żadnych zmian na miejscu założenia podwiązek na moczowodzie; odrębnie zaś te przypadki, w których zwierzęta zmarły bezpośrednio i wyłącznie z powodu podwiązania moczowodu, a więc przypadki, w których sekeya wykazała naciek moczowy w otoczeniu podwiązanego moczowodu. Przypadki bowiem, w których zwierzęta padły wkrótce po zabiegu z innej przyczyny, a nie z powodu nacieku moczowego, nie mogą wchodzić w rachubę, gdy uwzględniać będziemy ostateczne wyniki otrzymane po podwiązaniu jednego moczowodu: — raczej należy je uważać za nieudane w tym względzie doświadczenia. Usunęły się one za prędko z pod obserwacji, i dlatego nie można osądzić, jakieby stosunki wytworzyły się w miejscach moczowodów, ujętych podwiązkami, gdyby zwierzęta te dłużej pozostały przy życiu.

Takich przypadków ogółem jest sześć, a mianowicie № protokolu I, II, V, VII, XXXVIII i XLII.

We wszystkich tych przypadkach przekonano się przy sekeyi, że podwiązki trzymały dobrze; w otoczeniu podwiązek znacniejszego odczynu nie było; podwiązany moczowód był zawsze powyżej podwiązek znacznie rozszerzony, jak niemniej miedniczka nerkowa, i zawierał moczkę krwawą. Odpowiednia nerka w całości była powiększona, przekrwiona, a w jednym przypadku (№ prot. XXXVIII) pod torebką zauważono liczne wynaczynienia. Nerka druga, a więc zdrowa, wydawała się nieco powiększoną, więcej soczystą i przekrwioną, a torebka jej napiętą; po przecięciu zaś miąższ wyraźnie wypukłał się na zewnątrz. W dwu przypadkach (№ prot. I i II) sekeya wykazała dalekie przyćmienie otrzewnej, bez wyraźnych zmian zapalnych; w czterech dalszych przypadkach, które dotyczyły samic ciężarnych (№ prot. V, VII, XXXVIII i XLII) żadnych zmian na otrzewnej nie zauważono.

Śmierć tych zwierząt nastąpiła w pierwszych dniach po zabiegu, najprędzej (bo w 1½ dnia) w przypadku drugim, najpóźniej (bo w 6 dni) w przypadku trzydziestym ósmym.

Przed śmiercią w pierwszych dwu przypadkach wystąpiły kilkakrotnie ogólne drgawki; u czterech zaś samic ciężarnych zauważono tylko na pewien czas przed śmiercią śpiączkę, a w przy-

padku ostatnim i niewyraźne drgawki. Przyczyna śmierci w przypadkach tych nie jest zupełnie jasna. Odnośnie dwu pierwszych przypadków, obok spostrzeganych przy sekcji zmian na otrzewnej, należy wziąć w rachubę następujące okoliczności. Zabieg sam, jak to zwykle bywa przy wykonywaniu po raz pierwszy jakiegokolwiek operacyi, trwał znacznie dłużej, aniżeli w przypadkach następnych; skutkiem tego oczywiście użyto do uspienia znacznie więcej chloroformu; a dalej, po oczyszczeniu pola operacyjnego i rąk, nie zostały one następnie tak dokładnie w przypadkach tych optukane z roztworu sublimatu, jak to miało miejsce zawsze w dalszych doświadczeniach. Wiemy zaś dobrze z prac *E. Sengera* i *Plauta*, jak ważną jest wogóle rzeczą przy zabiegach podejmowanych w zakresie jamy brzusznej, a przede wszystkim na nerkach, nie wprowadzać do ustroju środków trujących w postaci antyseptyków; te ostatnie spowodować mogą następnie poważne zmiany w mięszu nerek, co w przypadkach, w których usunęliśmy jedną nerkę, lub też nie pozwolimy jej działać prawidłowo, ma dla dotyczącego ustroju jeszcze donioślejsze znaczenie. Znane są również prace, stwierdzające niekorzystny wpływ chloroformu i eteru na narządy mięszowe w ogóle, a przede wszystkim na nerki (*Wunderlich, Ungar, E. Fränkel, Rindskopf*).

W ten sposób tłumaczy *Wagner* przypadki śmierci po wycięciu jednej nerki; badanie nerki pozostawionej, zdrowej, wykazuje w takich przypadkach zwyrodnienie nabłonków nerkowych. *Fränkel*, badając nerkę pozostawioną u osoby, zmarłej w trzy dni post nephrectomiam (operacya z powodu reponercza), znalazł nawet wyraźne objawy nekrozy kougulacyjnej w substancyi korowej nerki. Najprawdopodobniej i w tych naszych sześciu przypadkach przyczyny śmierci szukać należy w niewydolności nerki pozostałej do prawidłowego funkcyonowania po podwiązaniu moczowodu i wyłączeniu drugiej; oprócz tego w dwu pierwszych przypadkach szkodliwy wpływ większej ilości chloroformu i pewnej ilości antyseptyku, a w czterech dalszych cięża, jako taka, bezwątpienia poważne znaczenie mieć mogły.

Drobnowidowo badano dokładnie części moczowodu, w których założone były górne podwiązki w czterech przypadkach (N^o prot. V, VII, XXXVIII i XLII). W jednym (N^o VII) przypadku światło moczowodu było zupełnie zamknięte; w trzech innych w miejscu największego zaciśnięcia rozpoznać było można jeszcze szczelinowaty drobnutki otworek. Ściana moczowodu

w miejscu największego zaciśnięcia okazywała zawsze znaczne zmiany; największe bywały w okolicy założonego węzła podwiązki w postaci załamania i zgniecenia. Badanie szczegółów było zawsze utrudnione przez cząstki jedwabiu, użytego do podwiązki; które nie pozwalały nawet na zrobienie cienkich skrawków. Oprócz tego badano drobnowodowo części moczowodu, w których założono drugą dolną podwiązkę, w dwu przypadkach. W jednym z nich (№ prot. XLII) wykazano zupełne zamknięcie światła w miejscu założonej podwiązki; w drugim (№ prot. V) niemal w samym środku istniała jeszcze drobniotka szczelina.

Przypadków, które padły w następstwie wydostania się moczu na zewnątrz i nacieku moczowego, na ogólną liczbę 40 doświadczeń, było razem trzynaście. Przy sekcji wszystkich tych przypadków przekonano się, że obie podwiązki trzymały dobrze, przynajmniej na pozór; moczowód powyżej podwiązek i miedniczka nerkowa były zawsze mniej lub więcej rozszerzone, a odpowiednia nerka w całości powiększona:

W otoczeniu podwiązek wykazano dalej zawsze naciek moczowy, umiejscowiony zaotrzewnowo, a wreszcie zmiany zapalne na otrzewnej skutkiem dostania się treści nacieku do jamy otrzewnowej. Napotymano różnej wielkości nacieki moczowe, i to albo ściśle ograniczone, albo też więcej rozlane. Związku pomiędzy wielkością, rozległością nacieku, a trwaniem życia zwierzęcia po zabiegu, żadnego nie stwierdzono.

I tak największych rozmiarów nacieki spostrzegano w przypadku trzecim, w którym królik żył 57 dni, i w przypadku dwudziestym ósmym, w którym żył dni 14; najmniejszy zaś naciek, niejako dopiero rozpoczynający się, spostrzegano w przypadku trzydziestym dziewiątym, w którym również żył królik 14 dni po operacji. Ten ostatni przypadek zdaje się wskazywać, że miejsce, ujęte podwiązką, może nawet przez szereg dni stawiać skuteczny opór parciu śródściennemu przepelnionego moczowodu; oraz że dopiero po dłuższym czasie, nawet w kilkanaście dni po podwiązaniu moczowodu, może przyjść do wydostania się moczu na zewnątrz. A zatem obserwacja przypadków, w których wykonano podwiązanie moczowodu, ze względu na ostateczny wynik takiego postępowania, powinna trwać czas dłuższy.

Bezpośrednią przyczyną śmierci zwierząt w grupie tych przypadków było zapalenie otrzewnej, wskutek powstałej komunikacji pomiędzy naciekiem moczowym a jamą otrzewnową.

Śmierć zwierząt następowała przeważnie w jedenaście do czternastu dni po zabiegu; tylko w przypadku XXI padło zwierzę po 6-ciu, a w przypadku XXXIV po 8 dniach; najdłużej pozostawał przy życiu królik w przypadku trzecim, bo 57 dni, i w przypadku ósmym, bo 93 dni.

Ten ostatni przypadek (№ prot. VIII) zasługuje na uwagę z tego względu, że dotyczył samicy ciężarnej, operowanej na samym początku ciąży; pomimo nacieku moczowego dość znacznych rozmiarów, ciąża nie została przerwana; dopiero bezpośrednio przed śmiercią (peritonitis) samica urodziła dwa płody nieżywe prawie donoszone.

W tych przypadkach części moczowodów, ujęte podwiązka-
mi, nie były badane drobnowidowo.

Do ostatniej grupy przypadków zaliczyłem zwierzęta, które zabieg zniosły, dłuższy czas pozostawały przy życiu i następnie zostały zabite; ta grupa jest najliczniejsza, gdyż obejmuje 20 przypadków.

Tu należy również przypadek dwudziesty, który wprawdzie padł, lecz dopiero po 3½ miesiącach, i nie w następstwie zabiegu, a z powodu gruźlicy otrzewnej.

We wszystkich tych przypadkach obserwacja trwała przez czas dłuższy, przeważnie cztery do sześciu miesięcy; najdłużej w przypadku czwartym, gdyż 301 dni, najkrócej w przypadku XXIV-tym, bo tylko 76 dni. Tylko w dwu przypadkach (№ prot. XXIV i XXXIII) w miejscu rany pooperacyjnej wytworzyła się przepuklina brzuszna; zresztą we wszystkich innych rana w powłokach brzusznych zgoiła się w zupełności przez rychłozrost. Szczegół ten uważam za godny uwagi; świadczy on bowiem do pewnego stopnia o tem, że dobrze założony szew piętrowy jest zupełnie pewnym sposobem zamknięcia jamy brzusznej. Po zezyciu powłok opatrywałem samą linię szwów i ich najbliższą okolicę za pomocą zwykłego kolloidum; bezpośrednio potem puszczałem zwierzęta zupełnie wolno, a mimo to rana brzuszna goiła się bez zarzutu. Na otrzewnej w przypadkach tych nie spostrzegano przy sekcji żadnych zmian, nawet w okolicy założonych podwiązek,

Nerka, której moczowód bywał podwiązany, przedstawiała się zawsze jako torbiel kulistego kształtu, okazujący wyraźne chelbotanie, o ścianach mniej lub więcej napiętych, miernie grubych. Wielkość nerki (torbiela) była bardzo rozmaita; w niektó-

rych przypadkach dochodziła nawet do rozmiarów jaja kurzego. Wskutek następczego wessania płynu nerka ulegała zanikowi; zmieniona w torbiel, była w jednym przypadku (№ prot. XXXIII) tej samej wielkości co nerka druga; w czterech przypadkach (№ prot. XI, XIX, XXIII i XXIX) była znacznie mniejsza, a w przypadku czwartym nerka, uległa zanikowi, była prawie o połowę mniejszych rozmiarów, aniżeli nerka druga. Ściana tych torbieli, przedstawiająca miąższ nerki, uległy zanikowi, była przeciętnie 1—1½ milimetra gruba. Nerka druga zdrowa była w przeważnej liczbie przypadków mniej lub więcej powiększona w porównaniu z nerką królika zdrowego. Moczowód podwiązany był zawsze bardzo znacznie rozszerzony powyżej założonych podwiązek; rozmiarami swemi dochodził często do grubości pióra gęsiego, podczas gdy średnica prawidłowego moczowodu królika wynosi zwykle około półtora milimetra. Najbardziej interesujące są stosunki, napotkane w tych miejscach moczowodu, w których założono podwiązki. Na 91 przypadków ogółem (wliczając w nie i przypadek dwudziesty) oba miejsca, w których założone były podwiązki, były makroskopowo niedrożne tylko w przypadkach dwunastu. W dziewięciu z nich część moczowodu, leżąca pomiędzy podwiązkami, okazywała nadto wyraźne, często nawet dość znaczne rozszerzenie; w pozostałych trzech przypadkach szczegółu tego nie zauważono.

Niedrożność zaś podwiązanego moczowodu tylko w jednym miejscu wykazano w dziewięciu przypadkach. Z tych w pięciu przypadkach (№ prot. XIII, XXII, XXV, XXVII i XXXIII) nie można było nawet rozpoznać śladów z drugiej podwiązki na moczowodzie założonej; w pozostałych zaś czterech (№ prot. XIV, XV, XXIX i XXX), w miejscu, odpowiadającym górnej podwiązce, wykazać można było wybitne, bardzo znaczne przewężenie światła moczowodu; a w miejscach, gdzie była założona podwiązka dolna, — zupełną niedrożność.

Bardzo ciekawy szczegół zauważono w trzech przypadkach, a mianowicie — dostanie się podwiązki górnej w całości do światła podwiązanego moczowodu.

W przypadku № prot. XIV, w miejscu, odpowiadającym podwiązce górnej, wykazano tylko znaczne przewężenie światła moczowodu; w miejscu podwiązki dolnej — zupełną niedrożność; powyżej zaś miejsca zarośniętego znaleziono w rozszerzonym znacznie moczowodzie pływającą górną podwiązkę w całości.

W przypadku № prot. XXV, niedrożność moczowodu nastąpiła w miejscu dolnej podwiązki, z której ślady w otoczeniu były jeszcze widoczne; górna zaś podwiązka pływała wolno w całości w świetle rozszerzonego moczowodu.

Wreszcie w przypadku trzecim (№ prot. XIX) oba miejsca moczowodu, w których założone były podwiązki, okazały się niedrożne; część moczowodu pomiędzy podwiązkami była rozszerzona i zawierała płyn jasny, w którym pływała górna podwiązka w całości; z podwiązki zaś dolnej można było jeszcze wykazać resztki w ścianie moczowodu i w otoczeniu.

Drobnowidowo badano te części moczowodu, w których były założone podwiązki, w przypadkach siedmiu. Cztery razy moczowód był niedrożny tylko w miejscu jednej podwiązki; trzy razy oba miejsca podwiązane były makroskopowo niedrożne.

W przypadkach pierwszych (№ prot. XIII, XIV, XXII i XXXIII) wykazano w miejscach tych zupełną obliterację światła moczowodu (najpiękniejsze skrawki uzyskano z przypadku trzynastego, w ścianie bowiem moczowodu ani śladu jedwabiu z podwiązki nie napotkano). W trzech przypadkach, w których oba miejsca, odpowiadające założonym podwiązkom, wydały się makroskopowo niedrożne (№ prot. XXIII, XXIV i XXVI), badano drobnowidowo tak górne, jako też i dolne niedrożne miejsce moczowodu.

Z powodu obecności w ścianie moczowodu prawie całych podwiązek z jedwabiu wynik co do obu badanych części w przypadku № prot. XXIV, nazwać muszę niepewnym, gdyż otrzymane skrawki były uszkodzone otaczającymi cząstkami jedwabiu.

W przypadku № prot. XXIII, badanie drobnowidowe wykazało zupełną obliterację tak w miejscu górnej, jako też i dolnej podwiązki; — w przypadku zaś № prot. XXVI, w miejscu podwiązki górnej można było wykazać drobnowidowo jeszcze gwiazdkowatą bardzo drobną szparkę, w miejscu zaś dolnej podwiązki zupełne zarośnięcie światła moczowodu.

Z ogólnej tedy liczby 40 zwierząt, którym zrobiono podwiązanie jednego moczowodu, sześć padło w krótkim czasie po zabiegu; doświadczenia te uważam za nieudane. Z pozostałej liczby 34 zwierząt w trzynastu przypadkach wytworzył się naciek moczowy w okolicy podwiązek; a w dwudziestu jednym przypadku nastąpiło zarośnięcie moczowodu. Uwzględniając liczbę tych 34 doświadczeń, okazuje się, że tylko w 60% przypad-

ków uzyskano cel zamierzony, to jest niedrożność moczowodu; w 40% zaś przypadków ściana moczowodu w miejscu założonych podwiązek nie wytrzymała parcia nagromadzonego gazu, i wskutek tego wytworzył się naciek moczowy w otoczeniu. Następnie zaznaczyć należy, że i w tych 91 przypadkach, w których nastąpiła niedrożność moczowodu, nie wszystkie podwiązki zadanie swoje spełniły, Tylko w 12 przypadkach oba miejsca, w których były założone podwiązki, okazały się makroskopowo przynajmniej niedrożne; w dalszych zaś dziewięciu przypadkach moczowód był niedrożny tylko w jednym miejscu, choć zawsze zakładano po dwie podwiązki na moczowodzie. Ponieważ przy wykonywaniu tych wszystkich doświadczeń postępowano zawsze w jeden i ten sam sposób; ponieważ do podwiązywania używano zawsze tego samego materiału; ponieważ ten sam operator zawsze podwiązywał moczowody własnoręcznie, a mimo to *wyniki otrzymane po tym zabiegu okazały się jak widzimy tak wielce różne: przeto podwiązanie moczowodu na podstawie powyższych doświadczeń musimy uważać stanowczo za zabieg w skutkach swych bardzo niepewny.*

Rozpatrując dalej szczegółowo stosunki, spostrzegane w miejscach, w których założone były podwiązki, i widząc tą różnorodność, trudno nie dojść do wniosku, że *podwiązywanie moczowodu uważać należy nie tylko za postępowanie co do wyniku bardzo niepewne, lecz wprost niebezpieczne. Nie można bowiem nigdy przewidzieć, czy w danym przypadku po podwiązaniu moczowodu wytworzy się niedrożność zupełna, czy tylko przewężenie, zaciśnięcie światła moczowodu, czy też naciek moczowy w otoczeniu.*

Na podstawie takich wyników powyżej podanych doświadczeń nie można się zgodzić z tymi autorami (*Futh, Bastianelli, Landau*), którzy uważają proste podwiązanie moczowodu nie tylko za usprawiedliwione, lecz nawet polecenia godne. Wprawdzie w przypadkach, w których w czasie zabiegu zostanie moczowód przypadkowo uszkodzony na większej przestrzeni, nerka odpowiednia najczęściej już czas dłuższy przedtem nie była w pełni działania; przyczyną mógł być np. ucisk moczowodu przez rozrastający się guz lub naciek tkanki otaczającej. W pewnych więc przypadkach mogą istnieć korzystniejsze warunki dla zaniku nerki, aniżeli w przedsięwziętych doświadczeniach na zwierzętach; to jednak niebezpieczeństwa wcale nie zmniejsza. Przeciwnie, uwzględnić należy, że w tych przypadkach, w których przedtem moczowód był przez dłuższy czas uciśnięty, mogła się już wy-

tworzyć puchlina nerkowa już zakażona; w takim razie po podwiązaniu moczowodu mogą wystąpić objawy ogólnego zakażenia. *Podwiązanie więc nerkowego odcinka przeciętego moczowodu i oddanie go na los szczęścia stanowiączo nie powinno być stosowane ani w przypadkach zupełnie czystych, ani tembardziej w przypadkach podejrzanych lub zakażonych.*

Na uwagę natomiast zasługuje propozycja niektórych autorów (*Stocckel, Fraenkel, Weinreb, Franz*), aby w przypadkach, w których operator jest zmuszony okolicznościami do takiego postępowania, wszyć podwiązany odcinek moczowodu do powłok zewnętrznych.

W takim razie możemy liczyć na to, że w pewnej liczbie przypadków uda się uzyskać bez powikłań zupełny zanik nerki; w innych zaś przypadkach, w których albo podwiązka nie będzie dokładnie trzymała, albo też ściana moczowodu w miejscu zaciśniętem ulegnie przedarciu, następstwem niepowodzenia będzie wytworzenie się przetoki moczowodowej na zewnątrz. Postępowanie takie nie tylko usuwa bezpośrednio niebezpieczeństwo, jakie grozi po podwiązaniu moczowodu i pozostawieniu odcinka na miejscu; lecz nadto daje nam możliwość każdego czasu pobudzić nanowo nerkę, której moczowód został podwiązany, do prawidłowego działania przez proste rozpuszczenie podwiązki. Okoliczność ta jest niezmiernie ważna z tego względu, że podwiązanie moczowodu zmuszeni jesteśmy wykonywać tylko w przypadkach nagłych, jako czynność dodatkową wśród zabiegu poważnego; a więc w przypadkach takich, w których nie mamy zazwyczaj żadnych danych, świadczących o wydolności nerki drugiej. Bylbym nawet zdania, że jeżeli jesteśmy zmuszeni podwiązać przecięty moczowód, to należy po podwiązaniu wszyć w powłoki zewnętrzne tak nerkowy, jako też i pęcherzowy odcinek przeciętego moczowodu (o ile to okaże się możliwem). Taki dodatkowy zabieg nie może wiele zabrać czasu, a korzyści z niego mogą być znaczne.

Jeżeli wydolność nerki drugiej okaże się dostateczną, to, pozostawiając założoną podwiązkę na nerkowym odcinku moczowodu, możemy spokojnie oczekiwać, aż się wytworzy przetoka moczowodowa; lub też, gdy miejsce podwiązane dostateczny opór stawiać będzie, nastąpi ostateczny zanik nerki. Gdyby zaś wystąpiły objawy, świadczące o tem, że druga nerka nie może sprostać zwiększonym wymaganiom, wtedy przez rozluźnienie podwiązki wytwarzamy przetokę moczowodową i w ten sposób po-

wolujemy nerkę drugą nanowo do prawidłowej czynności. Wiemy zaś dobrze, że miąższ nerki, nawet przez czas dłuższy nieczynny, np. w przypadkach znacznego stopnia wodonereza, po ustąpieniu ucisku może dalej czynność swoją spełniać prawidłowo (*Ayrer, Guyon i Albarran*). W przypadkach, w których w następstwie rozpuszczenia podwiązki albo też wskutek przerwania ściany moczowodu powstała w miejscu podwiązania przetoka moczowodowa, a oba odcinki przeciętego moczowodu zostały wszyte do powłok zewnętrznych; możemy po pewnym czasie próbować połączyć oba odcinki moczowodu ze sobą albo bezpośrednio, albo też za pomocą operacji plastycznej. Uwzględnić należy przytem fakt, że stosunki miejscowe w jakiś czas po operacji niekiedy tak znacznej ulegają zmianie, że to, co bezpośrednio po zabiegu wykonać było niepodobieństwem, następnie często z pomyślnym wynikiem wykonać się daie. W razie uzyskania takiego połączenia obu odcinków moczowodu; wynik dla dotyczącego ustroju byłby bezsprzecznie najpomyślniejszy. Jeżeli jednak wszelkie tego rodzaju zabiegi nie doprowadzą do celu, to nie pozostanie nic innego, jak usunąć nerkę i w ten sposób uwolnić chorą od trwałego kalectwa, jakim jest stała przetoka moczowodowa. Postępowanie nasze i wtedy jeszcze będzie dla osoby operowanej niewątpliwie korzystniejsze i bezpieczniejsze, aniżeli gdyby ten sam zabieg, to jest wycięcie nerki, został wykonany zaraz po obrażeniu moczowodu. Przedewszystkiem operowana łatwiej znieść może zabieg tak poważny w pewien czas po pierwszej operacji, aniżeli bezpośrednio po niej; a dalej wiemy dobrze, że śmiertelność po jednoczasowym wycięciu nerki jest znacznie większa, aniżeli wtedy, gdy zabieg ten wykonany dwuczrasowo.

W tym względzie przekonywujące są doświadczenia, które wykonał *Favre* na królikach; wyniki tych doświadczeń były następujące. Śmiertelność po jednostronnem wycięciu nerki wynosiła 66%, po jednostronnem podwiązaniu żyły nerkowej = 43%, po jednostronnem podwiązaniu moczowodu = 12%; po wycięciu zaś nerki, wykonanem w 14 dni po poprzedniem podwiązaniu moczowodu, otrzymał 0% śmiertelności. A zatem i w tych przypadkach, w których po podwiązaniu moczowodu i wszczępieniu do powłok zewnętrznych przyjdzie ostatecznie do wycięcia nerki, korzyść z postępowania takiego jest dla organizmu bardzo doniosła.

Z tych wszystkich powodów w przypadkach takich, w których po obrażeniu moczowodu odcinków nie można ze sobą bezpośrednio połączyć, należy oba odcinki przeciętego moczowodu starać się wszyć do powłok zewnętrznych bezpośrednio po podwiązaniu odcinka nerkowego za pomocą podwójnej podwiązki. Podwiązanie odcinka pęcherzowego, jak doświadczenia pokazały, jest zbyt cenne. Oba odcinki przeciętego moczowodu należy wyprowadzić jak najprostszą drogą ku powłokom zewnętrznym; często nawet lepiej wykonać w tym celu w odpowiednich miejscach osobne nacięcia w powłokach, niż wszywać je w ranę już istniejącą w powłokach brzusznych. Nadto należy się starać przecięte odcinki moczowodu, o ile możliwości, jak najmniej oddzielać od otoczenia, aby odżywianie ścian moczowodu nie zostało upośledzone; wreszcie trzeba się starać oba odcinki umocować w powłokach zewnętrznych jak najbliżej siebie.

Postępowanie takie będzie w danych przypadkach bezwątpienia najprostsze i najbezpieczniejsze, gdyż najwięcej zabezpieczyć może osobę operowaną od możliwych powikłań.

Na ostatku chcę zwrócić osobno uwagę na przypadki, w których podwiązywano moczowód u samic ciężarnych.

Z ogólnej liczby dziewięciu królic ciężarnych użytych do doświadczeń, cztery z nich padły w krótkim czasie po zabiegu, jak przypuszczać należy, z powodu niewydolności nerki drugiej. Czas trwania ciąży w przypadkach tych oznaczono w przybliżeniu na połowę ciąży lub więcej. W dalszych pięciu przypadkach zabieg był wykonany w początkach ciąży, i wszystkie te samice zabieg sam zniosły względnie dobrze. Jedna z tych ciężarnych (N-er prot. VIII.) padła następnie w 23 dni po zabiegu z powodu zapalenia otrzewnej i nacieku moczowego; cztery zaś: N-er prot. XII, XXII, XXIII i XXXVII pozostały przy życiu. Z tych ostatnich jedna ciężarna (N-er prot. XXXVII) urodziła w 16 dni po zabiegu 9 płodów nieżywych, poczem dalej miała się zupełnie dobrze; — trzy zaś inne donosiły i we właściwym terminie urodziły żywe płody donoszone. Dwie z nich następnie po pewnym czasie przebyły po raz drugi ciążę i urodziły prawidłowo na czasie.

Z samic wreszcie, które w czasie wykonywania zabiegu nie były ciężarne, a podwiązanie moczowodu zniosły dobrze i dłuższy czas następnie pozostawały przy życiu, pięć (to jest N-er prot. XI, XV, XXIV, XXX i XXXIII) przebywały później ciążę

bez szkody i rodziły płody żywe donoszone, chociaż, jak następnie sekcya wykazała, czynna była tylko jedna nerka.

Z tych spostrzeżeń wynika, że wogóle *wyłączenie jednej nerki przez podwiązanie moczowodu lepiej stosunkowo znosiły zwierzęta nie będące w ciąży od zwierząt ciężarnych; samice zaś ciężarne tem gorzej zabieg znosiły, im dalszym był okres ciąży w czasie wykonywania zabiegu.*

Zabieg tak! natomiast, wykonany w początkowych okresach ciąży, w naszych doświadczeniach zwierzęta nie tylko znosiły, lecz ciąża często nawet bez szkody do końca dobiegała. Te przypadki, jak również i inne, w których po podwiązaniu moczowodu samice przebywały ciążę zawsze prawidłowo, rodziły na czasie i nie okazywały przy tem żadnych wyraźnych zmian, wskazują, że druga nerka może przejąć w zupełności pracę nerki, którą z działania wyłączono, nie tylko wśród prawidłowych warunków, ale i w czasie zwiększonego działania nerek, jak to ma miejsce w czasie trwania ciąży.

Ponieważ podwiązanie moczowodu jest ze względu na czynność wydzielniczą nerek równoznaczne dla ustroju z całkowitem wycięciem nerki, przeto doświadczenia powyższe i wyniki otrzymane mogą się cokolwiek przyczynić do rozjaśnienia sprawy przebiegu ciąży u osób po przebytem wycięciu nerki. W tym względzie zaś dotychczas nie wiele robiono spostrzeżeń; autorowie zaś podają przeważnie tylko pojedyncze przez siebie spostrzeżane przypadki jak n. p. *Israel, Schram, Harajewicz, Tridondani, Twyman, Fritsch, Steinheil, Piskaček*. Dziś przy użyciu nowszych sposobów badania, rozpoznawanie cierpień nerek stało się więcej ścisłem; zabiegi operacyjne są częściej wskazane; skutkiem tego chirurgia nerek tak znakomite zrobiła postępy, że osoby z jedną nerką nie będą należeć do takich jak dotąd rzadkości. Wobec tego i sprawa przebiegu ciąży i porodu u takich osób będzie kwestyą więcej żywotną niż obecnie.

Na zakończenie składam szczerze podziękowanie prof. *D-rowi Beckowi* za pozwolenie wykonania powyższych doświadczeń w jego zakładzie.

PIŚMIENICTWO.

1. **Aufrecht:** Die Entstehung der fibrinösen Harneylinder und die parenchymatöse Entzündung.
(Centralblatt f. die medic. Wissen.—1875).
2. **Ryzer:** Ueber den völligen Schwund des Nierengewebes in Hydronephrosensäcken.
(Deutsche medic. Wochenschrift 1893).
3. **Bergmann }
Bruns }
Mikulicz }** : Handbuch der praktischen Chirurgie.
Bd. III. Th. II.—1900,
4. **L. Blumreich:** Ueber den Einfluss totaler Urinverhaltung auf den Organismus gravidier und nichtgravidier Thiere.
(Archiv f. Gynaekolog. Bd. 66—1902).
5. **Blan:** Ueber die an der Klinik Chrobak bei gynaekologischen Operationen beobachteten Nebenverletzungen.
(Beiträge zur Geburtshilfe und Gynaekol. VII.—1903).
6. **Bonardi:** Influence de la néphrectomie sur la résistance des animaux aux infections et aux empoisonnements.
(Annal. des malad. des org. génitourin. XII.—1894).
7. **Bastianelli:** Die neuesten Arbeiten über Harnleiterchirurgie.
(Monatschrift f. Geburtshilfe und Gynäkolog. Bd. IV.—1896).
8. **Blumenfeld:** Ureterenverletzungen bei Laparotomien.
(Münchener medicin. Wochenschrift—1898).
9. **Bradford:** Experim. Atrophy of the kidney.
(Path. Soc. of London-Lancet—1896).
10. **Budinger:** Implantation des Ureters in die Blase.
(Wiener klinische Wochenschrift—1894).
11. **Budinger:** Beiträge zur Chirurgie des Ureters.
(Archiv für klinische Chirurgie—1894 Bd. 48).
12. **Delbet:** Fistule urétéro-abdominale, tentative d'urétéro-cysto-néostomie, impossibilité de greffer l'urétére: néphrectomie, guérison.
(Ann. des mall. des org. gén. urin.—1900).
13. **T. Dunin:** Anatomische Untersuchungen über Nierenentzündung und Morbus Brightii.
(Virchows Archiv Bd. 93.—1883).
14. **Favre:** Die Ursache der Eklampsie eine Ptomainämie mit Berücksichtigung einer neuen Methode der Nephrectomie behufs Herabsetzung ihrer noch geltenden hohen Sterblichkeitsziffer.
(Virchows Archiv Bd. 127.—1892).
15. **Favre:** Ueber eine neue Methode der Nephroctomie und über Schwangerschaftsnieren und Eklampsie auf bakteriologischer Basis.
(Virchows Archiv B. 129—J. 1892).
16. **Franz:** Zur Chirurgie des Ureters.
(Zeitschrift f. Geburtshilfe und Gynaekologie Bd. 50. Heft 3).

17. **E. Fraenkel:** Ueber Akute Parenchymdegeneration der zurückgebliebenen Niere in einem Falle von Nierenexstirpation.
(Deutsche medicin-Wochenschrift 1888).
18. **L. Fraenkel:** Experimente zur Herbeiführung der Unwegsamkeit der Eileiter.
(Archiv f. Gynaekol. 1899).
19. **L. Fraenkel:** Versuche über Unterbindungen des Harnleiters.
(Archiv f. Gynaekol. Bd. 64—1901).
20. **Fritsch:** Die Krankheiten der weiblichen Blase.
(Handbuch der Gynaekol. v. J. Veit. Bd. II.—1899).
21. **Funke:** Beitrag zur Therapie der Ureterverletzungen bei Laparotomien.
(Zeitschrift f. Geburtshilfe und Gynaekologie Bd. 39).
22. **Füth:** Beitrag zur Behandlung der Ureterenverletzungen.
(Centralblatt f. Gynaekol.—1898).
23. **Guyon et Albarran:** Physiologie pathologique des rétentions rénales.
(Ann. des mal. des org. gén. urin. XV.—1897).
24. **Guyon:** Rétentions rénales.
(Ann. des malad. des org. gén. urin. IX.—1891).
25. **Harajewicz:** Przypadek ciąży i porodu po przebytem wyjęciu nerki prawej.
(Rocznik Tow. ginek. krakow. r. 1895—str. 35).
26. **Hendenhein:** Versuche über den Vorgang der Harnabsonderung.
(Pflügers Archiv. Bd. IX. 1874).
27. **W. Herman:** W sprawie podwiązania moczowodów.
(Nowiny lekarskie. Rocznik XV.—1903).
28. **v. Hook:** Experimental union of the ureter after transverse division.
(Journ. of the Amer. med. Assoc.—1893).
29. **v. Hook:** The surgery of the ureters; a clinical, literary and experimental research.
(Journ. of the Amer. med. Assoc.—1893).
30. **A. Holste:** Ueber Harnleiterbindung.
(Inaug. Dissert. Göttingen.—1888).
31. **Maks Henkel:** Ueber die im Gefolge der vaginalen Totalexstirpation des carcinomatösen Uterus entstehenden.
(Zeitschrift für Geburts. und Gynaek. Bd. 45.—1901).
32. **Kelly:** Anastomose des Ureters.
(Referat Centralblatt f. Gynaek.—1899 str. 86).
33. **Klink:** Experimente betreffend die Folgen des Eindringens von Urin in die Peritonealhöhle.
(Grenzgebiete der Chir. u. Med. Bd. II. H. 3—4).
34. **Krönig:** Beitrag zur Ureterenchirurgie.
(Archiv f. Gynaek. Bd. 72.—1904).
35. **Krönig:** Ueber doppelseitige Uretereinpflanzung in die Blase.
(Centralblatt f. Gynaek. Nr. 11.—1904).
36. **Krüger:** Ueber Nieterenverletzungen.
(Deutsche medicin. Wochenschrift 1899).
37. **E. Krüster:** Die Chirurgie der Nieren, der Harnleiter und der Nebennieren.
(Stuttgart 1902).
38. **L. Landau:** Nierenausschaltung durch Harnleiterunterbindung.
(Deutsche medicinische Wochenschrift Nr. 47.—1900).

39. **Lindemann:** Ueber das Sekretionsvermögen des Nierenparenchyms nach Harnleiterunterbindung.
(Centralblatt f. allgemeine Path. und Patolog. Anatomie. 1894).
40. **Mackenrodt:** Die Operation der Ureterenfisteln und Ureterenverletzungen.
(Centralblatt f. Gynaekologie 1899).
41. **A. Martin:** Zur Ureterenchirurgie.
(Monatsschrift f. Geb. und Gynaek. X.—1899).
42. **Neuman:** Beobachtungen und Studien über die Funktion beider Nieren bei Bestehen einer Ureterbauchwandfistel.
(Archiv für Gynaek. Bd. 47. H. 3).
43. **C. P. Noble:** Klinischer Bericht über Ureterenchirurgie.
(Amer. med. Journ. 1902. Nr. 13. Refer. Centr. f. Gynaek. 1903. Str. 1261).
44. **Placomenor:** Ein interessanter Fall von Ureterenverletzung beim Buchschutte.
(Refer. Centralbl. f. Gynaek. 1901. S. 22).
45. **W. Perlis:** Zur Ureterenchirurgie.
(Monatsschrift f. Geburtshilfe und Gynaek. XV.—1902).
46. **J. Plant:** Untersuchungen über die Rückwirkung der Borsäure auf die Nieren in ihrer Anwendung als Antisepticum.
(Inaug. Dissert. Würzburg.—1888).
47. **Posner:** Studien über pathologische Exsudatbildungen.
(Virchows Archiv Bd. 49.—1880).
48. **Robinson:** The results of partial and complete occlusion of the ureters.
(Ann. of. Surg. Vol. XVIII.—1894).
49. **L. Rydygier sen:** Pomysł dorabiania moczowodu.
(Przegląd lekarski Nr. 47.—1891).
50. **A. Rydygier jun:** Nowy pomysł dorabiania moczowodu.
(Przegląd lekarski Nr. 13.—1903).
51. **Ruhl:** Ueber einen seltenen Fall von Ureterenverlauf bei Beckentumoren und dessen praktische Bedeutung.
(Centralblatt f. Gynaek.—1898).
52. **Sampson:** Radicaloperation bei Krebs.
(Refer. Centralbl. f. Gynaek. Nr. 27.—1903).
53. **Sänger:** Ueber Ureterenchirurgie beim Weibe.
(München. med. Wochenschrift.—1899).
54. **Schanta:** Ein Fall von Ureterenanastomose.
(Centralblatt f. Gynaek.—1899 S. 425).
55. **Schanta:** Beitrag zur Nierenchirurgie.
(Geburtsh. gynaek. Gesellschaft. Wien — Centralblatt f. Gynaek 1901. S. 1206).
56. **Schramni:** Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett nach Nierenextirpation.
(Berlin. Klin. Wochenschrift.—1896).
57. **E. Senger:** Ueber degenerative Einwirkungen unserer üblichen Antimykotica auf die Parenchymorgane mit besonderer Berücksichtigung der Nierenchirurgie.
(Berl. klin. Wochenschrift.—1888).
58. **Steinheil:** Verlauf von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett nach Nierenextirpation wegen Nierentuberkulose.
(Deutsche med. Wochenschrift Nr. 47.—1901).

59. **W. Stoeckel:** Ureterfisteln und Ureterverletzungen.
(Leipzig.—1900).
60. **W. Stoeckel:** Weitere Erfahrungen über Ureterfisteln und Ureterverletzungen.
(Archiv f. Gynaek. Bd. 67.—1902).
61. **W. Stoeckel:** Die intraperitoneale Implantation der Ureters in die Blase.
(Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. 51.—1904).
62. **Tauffer:** Beiträge zur Chirurgie der Ureteren und der Nieren.
(Archiv für Gynaek. Bd. 46. H. 3).
63. **Twynam:** Die Beziehungen der Nephrectomie zu einer später eintretenden Schwangerschaft.
(Brit. med. Journ.—1898. Ref. Centr. f. Geb. u. Gynaek. Nr. 23.—1898).
64. **Tuffier:** Etudes experimentales sur la chirurgie du rein. Paris—1889.
65. **Tuffier:** De l'hypertrophie et de la régénération compensatrice du rein.
(Gaz. de Paris T. XL. r. 1889).
66. **Wagner:** Die Grenzen der Nierenexstirpation.
(Centr. f. die Krankheiten der Harn und Sexualorgane.—1897).
67. **Weinreb.** Ein Beitrag zur Therapie der Ureterenverletzungen bei Laparatomien.
(Archiv. f. Gynaek. Bd. 65.—1902).
68. **Willgerodt:** Ueber das Verhalten des Peritoneums gegen den künstlich in die Bauchhöhle geleiteten Urin.
(Grenzgebiete der Chirurgie und Mediz. Bd. II. H. 3—4).

NOTATKI Z PRAKTYKI.

Wąglik złośliwy (pustula maligna) dużej wargi i jego leczenie sublimatem

podał

WACŁAW POMORSKI

lekarz w Humanii.

W ciągu 18 letniej praktyki widziałem mniej więcej 80 przypadków wąglika złośliwego; umiejscowiony był przeważnie na twarzy. Stosownie do dawniejszych rad leczyłem go nożem i paquelin'em, niszcząc możliwie doszczętnie wszystko, co było chorobowo zmienione. Rezultaty były dość dobre; lecz z powodu powstałych wielkich blizn i zeszpeceń często zachodziła potrzeba następczych plastycznych operacji. W ciągu ostatnich 2 lat zacząłem przy leczeniu wąglika stosować (na wzór zalecanego kwasu karbolowego), wstrzykiwania sublimatu w stosunku 1 na 1000.

Po raz pierwszy zastosowałem z powodzeniem sublimat przy wągliku złośliwym p. J. P. kobiety lat 35; chora zgłosiła się po poradę z powodu wąglika na prawej dużej wardze sromowej. Była to kobieta dobrze zbudowana, lecz bardzo osłabiona. Ciężota cała 39,8; dreszcze. Prawa duża warga sromowa bardzo opuchnięta twarda, wystaje naprzód na 10 ctm., na samym środku pokryta płaskim czarnym strupem wielkości 3 ctm. kwadr. Dookoła strupa dużo wodnistych pęcherzyków. Nacieczenie zajmuje także prawą i dolną część pochwy na przestrzeni 8 ctm. Piątego dnia choroby wstrzyknąłem 10 szprycek Prawaza roztworu sublimatu w różne części wargi, wkluwając igłę jak najgłębiej, i kierując ją ukośnie pod część zmartwiałą (czarny strup). Po wstrzykiwaniu położyłem kompres umaczany w roztworze sublimatu 1:2000. Szóstego dnia Tm. 38; samopoczucie lepsze, opuchnięcie wargi bez zmiany. Wstrzyknąłem 5 szprycek sublimatu i zastosowałem taki sam kompres. 7-go dnia Tm. 37; opuchnięcie o $\frac{1}{3}$ mniejsze: kompres. Ósmego dnia choroby, czyli na 4 dzień leczenia chora czuje się zupełnie dobrze. Opuchnięcie prawie o po-

łowę mniejsze. Chorej pozwoliłem wyjechać, zalecając dalej kompresy sublimatowe. Po upływie 20 dni leczenia cierpienie przeszło zupełnie, pozostawiwszy po sobie na miejscu czarnego strupa płaską bliznę wielkości 1 złp. Po tym pierwszym przypadku stosowałem sublimat w taki sam sposób w 6 przypadkach węglika złośliwego na twarzy, i zawsze z takim samym powodzeniem.

II.

TOWARZYSTWA LEKARSKIE

Z TOWARZYSTW LEKARSKICH ZAGRANICZNYCH.

Magnus Levy. O przemianie materji i potrzebie pożywienia podczas ciąży. (Gesellschaft für Geburtshülfe und Gynäkologie zu Berlin 12. II. 1904.) Badania swoje M. L. przeprowadził na zdrowej, dobrze zbudowanej 32-letniej pacjentce w ciągu 3-ch miesięcy przed zejściem i od 3—9 m. ciąży. Pacjentka ważąc 108 kg., zakończyła ostatnią, 6-tą z kolei, ciążę urodzeniem żywego dziecka wagi 6 kgr.

Już w 3 mies. daje się zauważyć wyraźne podniesienie zużycia tlenu, które wzrasta dalej i dochodzi w końcu 9 m. do 25% powyżej ilości początkowej. Nadwyżkę tę spotrzebowanego w 9 miesiącu tlenu w ilości 80 cent. sześć. M. L. dzieli: 15—20 cent. na wzmogoną działalność serca i narządów oddech. matki, 10—12—na płód, 50 cent.—na inne, a w pierwszym rzędzie narządy rodne matki.



Zuntz. Wpływ miesięczkowania na przemianę materji. Dotychczas znane są jedynie doświadczenia dotyczące azotu. (Schrader, Ver Eecke: pierwszy stwierdził wogóle zmniejszenie ilości wydzielanego N., drugi — na początku menstruacji wzmogienie, po 24 — 48 godz. spadek). Loewy i Richter stwierdzili na sukach, po dokonanej kastracji, osłabienie wymiany oddechowej, która znów wzrastała po zadaniu ooforyny. Badania przeprowadzone przez Z. na 5 pacjentkach (kastrowanych z różn. powodów) nie potwierdziły tych wniosków. Tego rodzaju próby — przy braku jajników — skłoniły Z. do zainteresowania się myślą, jakie znaczenie w wymianie oddechowej posiada zmiana funkcyj tych narządów.

Za przedmiot badań posłużyły Z.: raz młoda dziewczyna, raz zaś kobieta, która przeżyła jeden połóg prawidłowy; zresztą obie zupełnie zdrowe. Badanie oparto na 2-ch okresach mie-

siączkowych. Wyniki w liczbach były następujące: ilość wydzielanego kw. węgl.—w okresie międzymiesiączkowym—120,—przed mies.—129, w okr. mies. 125. Odpowiednio do tego ilość wchłanianego tlenu w tych samych okresach wynosiła 174, 178, 169 (ostatni szereg stosuje się tylko do 2-giej badanej). Wahania te są tak nieznaczne, że sam Z. powiada, iż być może wypadła je złożyć na karb możliwych omyłek w wyliczeniu. Z. komunikuje nadto, iż Müller również pracuje w tym samym co i Magn. Levy przedmiocie. Znalazł on przed zejściem na minutę i kilo—3,8 cmt. sz. zużywanego tlenu, w 5 zaś mies. ciąży — 3,7 cmt. Jak widzimy, cyfry te nie upoważniają do żadnych wniosków.

Centralbl. f. Gynäk. № 1904 № 13.

A. MAŁKOWSKI.



Herman. Spostrzeżenie ciąży równocześnie macicznej i pozamacicznej. HERMAN nadesłał na posiedzenie królewskiej Akademii lekarskiej Belgijskiej odczyt o przypadku nader rzadkim. U rachitycznej karlicy dokonano cesarskiego cięcia z wydobyciem płodu nieżywego. W rok po tej operacji chora ponownie ciężarna znów zgłosiła się do kliniki: ciąża donoszona, płód żywy zdawał się leżeć tuż pod powłokami brzuszными czyli w jamie brzusznej. Rozpoznano *ruptura uteri gravidi* z wyjściem płodu do jamy brzusznej i dokonano cięcia brzuszego. Ani kropli krwi w jamie brzusznej nie znaleziono. Płód otorbiony owodnią i kosmówką leżał po części w macicy, po części w jamie brzusznej. Ścianę legowiska jaja z przodu stanowiła przednia ściana brzuszna, z tyłu przednia powierzchnia tylnej ściany macicy, z dołu ściana *excavationis vesicouterinae*, od góry sieć i posklejane pętle kiszek.

Wydobyto płód żywy, a zaraz i łożysko, osadzone na przedniej powierzchni tylnej ściany macicy i w dnie macicy. Otóż HERMAN przypuszcza, że chodziło poprostu o ciążę w macicy: w miarę wzrostu jaja płodowego ścianki macicy, a zatem i blizna po cesarskiem cięciu podlegały coraz silniejszemu napięciu; nareszcie blizna pooperacyjna rozeszła się poprostu, i jajo częściowo zaczęło wypuklać się do jamy brzusznej. W miarę dalszego rozwoju ciąży wypuklenie worka płodowego powiększało się coraz więcej, aż nareszcie prawie cały płód leżał już w jamie brzusznej. Brzegi przedniej ściany macicy w miejscu dawniejszego

cięcia cesarskiego były zaokrąglone bez śladów jakiegokolwiek naddarcia. Zaszyto ranę brzuszną po przeprowadzeniu drenu z gazy, którego koniec jeden wystawał na zewnątrz w dolnym końcu rany brzusznej, a drugi był *per collum uteri* do pochwy przeprowadzony. Całą jamę, w której jajo leżało, traktowano sączkowaniem na drodze marsupializacyi. Chora i tym razem wyzdrowiała. Przebieg pooperacyjny był bezgorączkowy. Rozpoznanie więc *rupturae uteri gravidi* w tym przypadku okazało się mylnem, gdyż ściana przednia macicy w trakcie ciąży rozeszła się tylko w bliznie dawnego cięcia cesarskiego. Spostrzeżenie to zreferował *Caterina* w *Archivio di Ostetricia e Ginecologia*. Marzo 1904 № 3 pg. 191 oraz *Van Cauwenbergh* na posiedzeniu Belgijskiej Akademii lekarskiej dnia 27 Listopada 1904 r. patrz: *La Semaine Médicale* 1904 № 9 pg, 70.

Referent zna tylko jedno jedyne spostrzeżenie podobne, które ogłosił *Leopold*.

Leopold demonstrował spostrzeżenie swoje dnia 4 Czerwca 1904 r. na posiedzeniu X Kongresu niemieckich ginekologów w Wirzburgu (Patrz: *Verhandlungen der deutschen Gesellschaft fuer Gynaekologie*. Leipzig 1904 pg. 252) „Sekundaere durch Uterusruptur im 5 Monate entstandene ausgetragene Bauchhoehlen-schwangerschaft“. Łożyisko osadzone było na wewnętrznej powierzchni przedniej ściany macicy; na prawej ścianie macicy widać szparę o zabliźnionych brzegach, przez którą przechodzi pępowina do płodu całkowicie w jamie brzusznej leżącego.

F. NEUGEBAUER.



Demars. („*Hermaphrodisme Ectopie testiculaire double*“—*Société Anatomique de Paris*. 10 Avril 1903—patrz; *Annales des maladies des organes génitourinaires*. Paris I. 1904. № 3 Février pg. 999).

Demars dokonał herniotomii obustronnej u kobiety lat 41, zamężnej od lat 20. Ogólny wygląd, sutki, miednica kobieca. Wzrost 160 cent. Osoba ta zawsze odczuwała popędy płciowe kobiece i chętnie z mężem spółkowała, nie odczuwając żadnych popędów płciowych, ku kobietom skierowanych. Ojciec zmarł w wieku lat 62 wskutek cierpienia mózgowego, matka żyje; jedyny brat jest dobrze ukształtowany, dietny. Podług opowiadania matki, X. X. już od małego dziecka miała po każdej stronie wygórowanie w okolicy pachwinowej; sama zaś już od 8-go roku

życia wie o tem. Ponieważ aż do 18-go roku peryody się nie zjawily, matka radziła się profesora *Tarnier'a*, który udzielił rady, aby córka nigdy za mąż nie wychodziła. Pomimo tej rady już w dwa lata później czyli w 20 roku X. X. wyszła za mąż: stosunki odbywały się prawidłowo ku obopólnemu zadowoleniu. Od czasu do czasu owe wygórowania stawały się bolesnemi. Pięć lat temu uważając, że ma przepukliny pachwinowe, pacjentka założyła sobie bandaż przeciwprzepuklinowy; bandażu atoli znieść nie mogła, zakładała go więc poniżej owych przepuklin. Guz po lewej stronie już od lat 10 był stale widoczny na zewnątrz, prawostronny po większej części ukrywał się w kanale pachwinowym. Dwa tygodnie temu nagle przy schylaniu się pacjentka uczuła silny ból w lewej pachwinie, który trwał kilka minut; od owego czasu pozostał tępy ból w podbrzuszu. Z powodu tego bólu pacjentka zgłosiła się do *Demars'a*. Habitus kobiecy, owłosienie zarówno ogólne jak i organów płciowych skąpe. Wielkie wargi prawidłowe, małe drobne, pokrywają u góry zbyt małą lechtaczkę. Pochwa przedstawia się jako kanał 11 cent. długości, w głębi ślepo zakończony. Nie wymacano per vaginam ani macicy, ani gruczołów płciowych. Cewka, odbył i krocze prawidłowe kobiece; po lewej stronie w pachwinie guz wielkości jaja kurzego, o nierównej powierzchni; po prawej stronie pachwina jakby cokolwiek nabrzmiała. Lewostronny guz nie odprowadza się do jamy brzusznej, posiada jakby wyraźną szypułę i zdradza chelbotanie; badanie bolesne. Prawostronny guz podobny łatwo odprowadza się do jamy brzusznej. *Demars* wahał się pomiędzy rozpoznaniem jąder *in seroto fisso* lub też *ectopiae utriusque ovarii labialis*.

Przy operacji d. 7 Kwietnia po lewej stronie usunął masę szarawą przezroczystą, składającą się z trzech części: zewnętrznej twardej różowawej, o trzech torbielach surowicznych (było to przyjądrze); część środkowa, biała, twarda, wielkości orzecha była jądrem; część odśrodkowa, czerwona, elastyczna była powrozem nasiennym. *Demars* wyciągnął powróż nasienny cokolwiek na zewnątrz i podwiązał go u góry. Zawartość przepuklin usunął. Nie było wcale worka przepuklinowego. Pętel kiszek przy operacji nie ujrano wcale. Po zaszyciu zewnętrznego ujścia kanału pachwinowego zaszyto ranę skórą. Po prawej stronie *Demars* zmuszony był przeciąć częściowo przednią ścianę kanału pachwinowego dla usunięcia jądra i przydatków. Jądro prawe

było cokolwiek mniejsze od lewego. Wyzdrowienie było szybkie. *Cornil* badał preparat pod drobnowidem; jądra nie posiadały kanałów wyprowadzających ani przyjąder, ani powrozów nasieniowych; lewe jądro leżało pod powłokami skórnymi, nie zstąpiło jeszcze do wargi sromowej; po prawej stronie jądro leżało w kanale pachwinowym. Jądra były w stanie niedorozwoju, plemników nie znaleziono.

Mamy więc do czynienia ponownie z operacyjnem skonstatowaniem mylnego określenia płci, o ile płeć człowieka rozstrzyga anatomiczny charakter gruczołów płciowych, a nie samopoczucie płciowe danego osobnika.

W roku zeszłym wyszła obszerna praca holenderska *Geijla*, który odmawia gruczołom płciowym znaczenia, rozstrzygającego płeć w przypadkach płci wątpliwej. Pragnie on decydować o płci danego osobnika wyłącznie na zasadzie jego własnego poczucia płciowego męskiego czy żeńskiego. Referent zapatruje się na sprawę inaczej. Pod względem naukowym płeć musi rozstrzygać istota anatomiczna gruczołów płciowych; w życiu zaś ile razy skonstatujemy u pacjenta lub pacjentki mylne określenie płci, niewiadomo, czy roztropnie postąpimy uświadamiając ich o tem, czy też lepiej będzie im nie mówić o wyniku badania lekarskiego.

Kwestya ta jest nowa, aktualna i obecnie już zaczyna podlegać dyskusyi międzynarodowej.

NEUGEBAUER.

III.

OCENY

D-r Theodor LANDAU. Zapalenie wyrostka robaczkowego i choroby kobiece. Wurmfortsatzentzündung und Frauenleiden.—(Berlin. 1904. August Hirschwall).

Nie mniejsze zajęcie, jak u lekarza chorób wewnętrznych lub u chirurga, zapalenie wyrostka robaczkowego wzbudzać winno i u ginekologa choćby już dlatego, iż rozpoznanie u kobiety z przyczyn łatwo zrozumiałych przedstawia daleko większe trudności.

Pracę swą autor przedstawił w sześciu rozdziałach, z których pierwszy zajmuje się głównie anatomią i topografią wyrostka robaczkowego. W rozdziale drugim znajdujemy podział zapalenia wyrostka robaczkowego oparty na przyczynach choroby (pathogenesis), anatomii patologicznej i przebiegu klinicznym. Autor zwraca tu uwagę na zmienne stosunki podziału anatomicznego do przebiegu klinicznego, na trudność klinicznego rozpoznania i rokowania nawet przy pewności rozpoznania anatomicznego. Bardzo ważny jest rozdział trzeci, który omawia kliniczny obraz zapalenia wyrostka robaczkowego i zejście jego w wyleczenie, śmierć lub nawrót (recidive), jakoteż znaczenie zmian otrzewnowych, wywołanych przez zapalenie wyrostka w jamie biodrowej prawej, dla rokowania i leczenia. Następuje podział zapalenia wyrostka robaczkowego na „ostre“ i „przewlekłe“, skreślenie obrazu objawów i zejścia przy apendicitis ulcerosa perforativa. Pojedyncze objawy i ich powstanie: wysięk, ból, wzdęcie, ciepłotę ciała, tętno, ogólne poczucie, leukocytozę kreśli autor krótko ale dobitnie. W szwartym rozdziale zwraca uwagę ułożony tablicowo (przez Józefa M. Spelissy'ego) przegląd błędów dyagnostycznych przy rozpoznaniem zapaleniu wyrostka robaczkowego.

Dla ginekologa najważniejszy jest rozdział piąty: Kliniczne podobieństwo zachorzeń ginekologicznych i zapalenia wyrostka robaczkowego, i rozpoznanie różniczkowe takowych. Uwzględnione tu są rozmaite choroby jajowodów i jajników. Nie zawsze łatwe jest rozpoznanie między pęknięciem jajowodu i apendicitis perforativa; i macinnictwo (Hysteria) także, o swym różnopostaciowym przebiegu, może powodować znaczne trudności rozpoznawcze. Ze zgięciem i pochyleniem ruchomem macicy jakoteż z nerką ruchomą, należy w pewnych razach również się liczyć. Rozdział szósty poświęcony jest leczeniu. Coraz więcej autor skłania się do zdania: *ceternem censeo appendicem esse delendam* (rozumie się samo przez się—wyrostek robaczkowy chory).

Z powyższego naszkicowania pracy Landau'a można przekonać się, jak wielki materyał ona zawiera, i jak znaczną korzyść przynieść może zapoznanie się z nim nie tylko ginekologowi, ale każdemu praktykującemu lekarzowi.

(R.)

W Niemczech występują ostro przeciwko nadmiernemu mnożeniu się coraz to nowych czasopism lekarskich, które, rzecz prosta, muszą być zapelniane pracami małej wartości. Protest ten znalazł uznanie i w naszej prasie fachowej. Gazeta Lekarska (№ 48) krytykuje powstanie u nas nowego miesięcznika, poświęconego jednej z gałęzi medycyny; tymczasem, zdaniem Gazety, „nierządkiem byłoby tylko wyszedł numer o zapowiedzianej liczbie stron, drukują pracę, która kwalifikuje się więcej do koszar, niż do kaszty zecerckiej”. W zupełności piszemy się na to szczerze odezwanie się jednego z naszych tygodników, ale śmiemy zapytać, czy wydawanie kilku czasopism lekarskich o identycznym programie, jak to ma miejsce obecnie u nas, ma na celu dobro ogółu czy rozwój nauki rodzimej?

Z powodu wzmiarki, umieszczonej w Przeglądzie lekarskim, o zaproszeniu przez ludność z Królestwa naszych kolegów gaj-cyjskich do objęcia miejsc wolnych po lekarzach, powołanych na Daleki Wschód, Kronika Lekarska (№ 22) dała sprostawanie, w którym czytamy: „braku lekarzy nie odczuwa kraj bynajmniej”, a dalej „o pozwoleniu lekarzom *zagranicznym* na praktykę wolną w Królestwie...”.
Otoż możemy do owego sprostawania dodać nowe sprostawanie, mianowicie: w wielu miejscowościach Królestwa i Litwy wskutek powołania lekarzy na Daleki Wschód odczuwa się wielki brak pomocy lekarskiej. Nie byłoby więc nie dziwnego, gdyby naszym kolegom z pod zaboru Austryackiego (t. z. przez Kronikę zagranicznym lekarzom) pozwolono na czas wojny zająć wakujące miejsca.

Kolega Thiemerson z Plocka nadesłał do Sekcyi ginekologicznej przy Warszaw. Lekarskiem odczwę, w której zachęca do napisania pogadanki ludowej „O czystości w położnictwie.

FELIETON

IV.

Na dowód potrzeby takiego dziełka przytacza kol. Themerson świeży przypadek owej czystości, mianowicie: „jednej kobiecie na wsi tamowano krwotok z macicy (poronienie) wkładaniem *końskiego gnoju* do pochwy“. Bez przytaczania innych podobnych przejawów czystości wśród naszego ludu wszyscy dobrze rozumiemy całą doniosłość umiejętnie napisanej broszury o czystości w położnictwie.

Podkreślamy szczęśliwą myśl, jaką powziął kol. Themerson, zwracając się do Sekcyi ginekologicznej przy Warsz. Tow. Lek., gdyż „napisać tego rodzaju pogadankę, odpowiadającą wymogom najnowszej nauki specjalnej i potrzebom praktycznym, a zarazem przystępnie pod względem pojęć i języka dla szerszych warstw ludności wiejskiej (nawet i miejskiej) mógłby tylko specjalista ginekolog“.

Spodziewam się, że dyskusya nad pomyslną odezwą w Sekcyi ginekologicznej nie została wyczerpaną i że ktokolwiek z kolegów wypełni tą lukę w naszym piśmiennictwie fachowem.

Obyśmy tylko zbyt długo nie czekali na powyższą broszurę. Bis dat, qui cito dat. Sekcyja ginekologiczna ze swej strony mogłaby poprzeć in gremio tę sprawę, urządzając konkurs z nagrodą pieniężną za najlepszą pracę. Wydaniem zaś tej pracy mogłaby w razie potrzeby zająć się Redakcyja Ginekologii.

Verus.

V.

DZIAŁ POLEMICZNY

Odpowiedź na uwagi kol. Fr. Neugebauera
z powodu mego artykułu

przez

J. BORZYMOWSKIEGO.

W odpowiedzi na uwagi Szanownego Kol. N. pozwolę sobie zaznaczyć, że przetokom pęcherzowym towarzyszy zwykle nieżyt pęcherza, wskutek którego mocz może być zainfekowany; dlatego nie może być traktowany przez chirurga jako obojętny towarzysz operacji przetoki, wymagającej rychłozrostu.

Oprócz możliwości sprowadzenia infekcyi do rany operacyjnej mocz, pokrywając sobą ranę, udziela jej eo ipso znakomitej odżywki dla bakteryi i to tem lepszej, im mniej jest kwaśny; ze wszech miar godne przeto naśladowania jest praktykowane przez kol. N. dążenie do zmiany alkalicznej reakcyi moczu na kwaśną, oraz zwyczaj operowania dopiero w parę miesięcy po porodzie, kiedy przemija już okres ostrych zmian zapalnych w tkankach okolicznych. Jednak i po tym okresie zgrubiała i mocno przekrwiona błona śluzowa pęcherza świadczy dostatecznie o nieżycie tegoż a więc i o możliwości infekowania się moczu w pęcherzu.

Twierdzenie swoje o nieszkodliwości moczu Kol. N. popiera tylko powołaniem się na swoje długoletnie doświadczenie; sędzę jednak, że jeszcze bardziej przekonywającym byłby jakiś argument naukowy, sam bowiem fakt istnienia niniejszej dyskusyi o szkodliwości moczu świadczy, że „doświadczenie“ całej ludzkości od początku świata okazało się niewystarczającym i kategorycznie nie zawyrokowało w tej sprawie.

Narzekając na przypadkowość dotychczasowych wyników zszywania przetok, miałem na myśli nie ostateczne zejście tegoż ale częstą stosunkowo konieczność powtarzania operacyi u jednej i tej samej chorej; dla tego też podziwiam zadowolenie operato-

rów z dotychczasowych wyników. Jakkolwiek statystyki tych operacyj brzmią nieraz bardzo ponętnie, milczą one jednak o tem, ile czasu niektóre chore leżą w szpitalach i po ile razy znoszą bez chloroformu rodzaj jedno lub dwugodzinnej inkwizycyi, zwanej operacją przetoki.

Przytoczywszy swoją statystykę i swoje zapatrywania na operację przetok kol. N. wnioskuje, że „to wszystko dowodzi, że wyniki operacji przetoki w przypadkach trudnych zależą nie od izolacji pęcherza lecz od osobistego doświadczenia operatora i jego techniki“. Że wyniki są w ścisłym związku z doświadczeniem i techniką operatora, temu nikt chyba nigdy nie przeczył, dlatego jednak kol. N. przeciwstawia tymże izolację, tak jakby ona miała szkodzić tym wynikom lub była czemś, nie mogącym iść w parze z doświadczeniem i techniką,—tego zrozumieć nie mogłem.

Według kol. N. cewniki moczowodowe nie nadają się do izolacji pęcherza a to dlatego, że w moim przypadku już na drugi dzień cewnik zatkał się śluzem i mocz obok niego przepływał. Z równem jednak prawem możnaby twierdzić, że i do cewnikowania pęcherza à demeure nie nadają się zwykłe cewniki, ponieważ jak wiadomo bardzo często one ulegają zatkanu śluzem, skrzepami i t. d. W moim zaś przypadku lewy cewnik był stary, wielokrotnie gotowany i dla tego źle funkcjonował, a prawy nowy spełniał swoją funkcję zupełnie dobrze.

Odpierając zarzuty kol. N. bynajmniej nie „zalecam“ katetyzacyi przy operacjach w obrębie otwartych dróg moczowych, a tylko proponuję wypróbowanie tego sposobu przy operacjach przetok i innych.

Do operacyj, wyliczonych w artykule moim, a nadających się do wypróbowania izolacji dodałbym jeszcze operacje zszywania świeżych i starych ran moczowodów, które należałoby w czasie i po operacji izolować od uryny przez pozostawienie w nich cewników à demeure.

W końcu uważam za swój nader przyjemny obowiązek podziękować kol. N. za słowa zachęty, wyrażone w końcu Jego krytyki. Stanowią one wyjątek na tle Warszawskiego świata lekarskiego, który najczęściej przeżuwa tylko obce myśli, a ostro zwykle krytykuje i nigdy prawie nie zachęca kielkującej u siebie własnej myśli oryginalnej.

KILKA SŁÓW W KWESTYI CEWNIKOWANIA MOCZOWODÓW
PRZY OPERACYACH PRZETOK PĘCHERZOWYCH

podał

A. KARCZEWSKI.

Do polemiki, wszczętej z powodu artykułu kol. Borzymowskiego p. t. „O izolacji pęcherza od wpływu moczu za pomocą cewnikowania obydwóch moczowodów“ pozwolę sobie dorzucić słów kilka.

Kol. B., zalecając sposób, wymieniony w nagłówku, we wszelkich uszkodzeniach pęcherza, twierdzi, że sposób ten po raz pierwszy i dotąd jedyny był przezeń zastosowany w przypadku przetoki pęcherzowo-pochwowej. Ponieważ twierdzenie powyższe może nasunąć przypuszczenie, że nikt dotychczas nie próbował cewnikować moczowodów podczas zaszywania przetok pęcherzowo-pochwowych, pozwolę więc sobie zwrócić uwagę, że postępowanie to było już stosowane w praktyce. Tak np. Kelly w swym podręczniku p. t. „Operative Gynecology“, wydanym w r. 1902, podając na str. 345 tomu pierwszego opis własnego sposobu zaszywania przetok, pisze: „wprowadziwszy dwa giętkie cewniki moczowodowe o średnicy $2\frac{1}{4}$ mil. poprzez cewkę do obu moczowodów, oznaczyłem je i ochroniłem podczas następnego aktu operacyi, a dalej na str. 346 „w celu sączkowania obu nerek poprzez cewkę i zapewnienia pęcherzowi zupełnego spokoju pozostawiłem na miejscu cewniki moczowodowe w ciągu trzech dni, unikając przez to wszelkiego napierania na gojące się tkanki“.

Wobec słów przytoczonych oczywistą jest rzeczą, że postępowanie Kellygo niczem się nie różni od sposobu zaleconego przez kol. B., a zatem kol. B. sposób rzeczony zastosował w przypadku przetoki pęcherzowo-pochwowej bynajmniej nie po raz pierwszy i zgoła nie jedyny. Wprawdzie Kelly, cewnikując moczowody podczas zaszywania wielkiej przetoki pęcherzowo-pochwowej, miał głównie na celu ochronienie moczowodów od skałeczenia lub ujęcia ich w szew. Kol. B. natomiast dąży wyłącznie do zabezpieczenia rany od zetknięcia się z moczem. Jeżeli już przeto ma być poruszona sprawa pierwszeństwa, to gwoli słuszności należałoby wyraźnie zaznaczyć, że nie sam sposób, lecz wskazania do jego zastosowania stanowią o odrębności postępowania kol. B.,

który po raz pierwszy i dotąd jedyny uwydatnił zgubny wpływ moczu na wynik operacyj przetok pęcherzowo-pochwowych i w myśl tego zalecił stosować metodę skądinąd znaną we wszystkich przypadkach, w których dotychczas bez niej się obchodzono.

VI.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE

WIADOMOŚCI ZAWODOWE I OGÓLNO-LEKARSKIE.

- Akademia lekarska w Petersburgu odebrała 4-em docentom veniam legendi z powodu niewypelniania zobowiązań złączonych ze stanowiskiem docenta.
- W Brukselli we wrześniu 1905 roku odbędzie się I międzynarodowy zjazd chirurgów; na prezesa tego zjazdu powołano sędziwego profesora Kochera.
- V Zjazd chirurgów rosyjskich odbędzie się w Moskwie pomiędzy 10 a 13-tym stycznia 1905 roku.

DROBNIJSZE WIADOMOŚCI RÓŻNEJ TREŚCI.

- Podczas ostatniego zjazdu lekarzy francuskich w Paryżu profesor Chantemesse, mówiąc o leczeniu duru brzuszego za pomocą odpowiedniej surowicy, zestawiał wyniki tego leczenia z wynikami innych szpitali, gdzie nie stosowano surowicy; otóż odsetka śmiertelności u Chantemesse'a przy leczeniu surowicą nie była wyższą ponad 4 $\frac{1}{10}$, gdy w innych szpitalach wahała się ona pomiędzy 18—22 $\frac{1}{10}$. Surowica Chantemesse'a jeszcze się nie sprzedaje. Qui vivra-verra!
- Największy szpital na świecie imienia R. Virchowa będzie wkrótce zbudowany w Berlinie; pomieści on w swoich salach 2000 chorych. Liczba lekarzy, pielęgniarów, dozorców i służby ma wynosić 650 osób. Przy szpitalu będzie urządzony instytut anatomico-patologiczny, a oprócz niego instytut Roentgenowski i wodoleczniczy.
- W Peszcie we wrześniu roku 1905 ma się odbyć X międzynarodowy zjazd przeciwalkoholowy.
- O krzesło po prof. Marey w Akademii medycznej w Paryżu ubiegają się profesowie fizjologii i anatomii, Gréhant, Hallion, Langlois, Poirier i Retterer.
- W Waszyngtonie miał miejsce zjazd przedstawicieli 40-tu Akademij Nauk całego świata. Zjazd obradował nad wykonaniem testamentu znanego miliardera amerykańskiego Carnegie. Ów miliardier zapisał 400,000,000 dolarów na urządzenie centralnego naukowego międzynarodowego instytutu dla studyowania nauk przyrodniczych. Zjazd waszyngtoński postanowił, że „Instytut Carnegie” ma powstać w pięknej Szwajcaryi, w kraju przez Europę uznanym za neutralny, o obyczajach patryarchalnych, o klimacie zdrowym i szczęśliwym położeniu geograficznym! Zarząd Instytutu — „Rada centralna

administracyjna“ ma się składać z 9 przedstawicieli Akademij nauk głównych narodów kulturalnych; prezesem jej obrano przedstawiciela Paryskiej akademii nauk, wice-prezesem — waszyngtońskiej, sekretarzem — berlińskiej i kasyerem — przedstawiciela londyńskiej akademii. Oprócz tego ustanowiono Radę centralną naukową, która liczy 38 członków i ma czuwać nad podziałem pracy w różnych gałęziach nauk przyrodniczych.

— W Petersburgu spostrzegano w ostatnich czasach wypadki cholery azjatyckiej, zawleczonej z Kaukazu.

WIADOMOŚCI OSOBOWE.

MIANOWANI:

Dziekanem fakultetu medycznego w Paryżu został ponownie obrany na lat 3 prof. *Debove*.

Nadzwyczajny prof. Dr. *Jaszczinskij* został mianowany zwyczajnym profesorem chirurgii operacyjnej w Warszawie.

Prosektor lekarskiej Akademii wojskowej w Petersburgu Dr. *Tichanow* został mianowany nadzwyczajnym prof. anatomii w Warszawie.

ZMARLI:

W Wiedniu zmarł w 82 r. życia były prof. okulistyki Dr. *Stellwag v. Carrion*, autor wielu prac w zakresie swojej specjalności.

W Moskwie zmarł Dr. *Klein*, nadzwyczajny prof. chirurgii.

W Berlinie zmarł w 45 r. życia prof. Dr. *Langerhans*, prosektor szpitala Moabit, uczeń i długoletni asystent Wirchowa, autor „Grundriss der patholog. Anatomie“.

VII.

SKRZYŃKA DO LISTÓW

O ZAPOBIEGANIU GORĄCZCE W POŁOGU.

Prof. Zweifel, na zebraniu ku uczczeniu 50-letniego istnienia Towarzystwa Ginekologicznego w Lipsku, wypowiedział odczyt o „zapobieganiu gorączce w położeniu“ („Ueber die Verhütung der Fieberfälle im Wochenbett“, *Centralblatt für Gynäkologie*, № 21). Jak wiadomo główną przyczyną gorączki zdaniem prof. Zweiffa jest rozkładanie się skrzepów krwi, ściekającej z macicy do pochwy i pozostającej tam w warunkach wprost idealnych dla rozkładu. Obecność nadżerek i uszkodzeń błony śluzowej pochwy sprzyja wessaniu produktów rozkładu i tem się tłumaczy, że pomimo najściślejszej dezynfekcyi i idealnego przebiegu porodu, położnice gorączkują w pewnej liczbie przypadków. W najlepiej urządzonych zakładach przy starannej opiece lekarskiej położnice

badane i nie badane podlegają jednak gorączce i pomimo całych usiłowań, nie udało się dotąd usunąć tych zachorzeń. Ponieważ można było wykluczyć zakażenie z zewnątrz, tak w czasie porodu, jak i po porodzie, więc z konieczności należałoby przypuścić samozakażenie, chociaż przeciwko temu przemawiało badanie flory pochwy i szyjki macicznej. Otóż prof. Zweifel zwraca uwagę, że nie samozakażenie, lecz rozkład skrzepów krwi, pozostającej w pochwie jest przyczyną podniesień ciepłoty tak częstych u położnic. Dla usunięcia tego radzi Zweifel wkrótce po porodzie w $\frac{1}{2}$ — 1 godziny po odejściu łożyska wygarnąć suchym tamponem skrzepę krwi, odsłoniwszy ścianki pochwy szerokimi, płaskimi zwierciadłami. W taki sposób postępował prof. Zweifel w swej klinice od 16 października 1903 roku do 1 kwietnia 1904 roku, przyczem wycieranie tamponem było robione raz jeden tylko po porodzie i do 1 stycznia 1904 roku rodzące badane były przez gumowe rękawiczki, potem gołymi rękami. W pierwszym okresie t. j. do 1 stycznia udało się obniżyć liczbę zachorzeń gorączkowych do 5,7%, w drugim do 11,5%.

Że pogląd Zweifla nie był odosobniony, lecz znalazł odzwiek w umysłach innych lekarzy, za dowód służy kilka artykułów ginekologów (A. Mueller, Hokelmann), którzy poruszyli tę sprawę, podając swe zapatrywania i sposoby usunięcia tych tak niepożądanych, lecz dotąd niemal niedostępnych zachorzeń. Nie będę przytaczał drobiazgowo ich zdań i sposobów, gdyż, podług mego zdania, już w samej swej technice mają kardynalne błędy. Wszelkie manipulacje w organie, który musiał uledez mniej lub więcej silnemu obrażeniu i jest przez to i bolesny i wrażliwy na wszelki dotyk, nie mogą być ogólnie przyjęte. Zresztą dla tego, by odsłonić pochwę, oświetlić dobrze jej ścianki i wygarnąć skrzepę, trzeba chorą położyć na stole lub co najmniej na poprzecznym łożku, i dlatego sposób ten może być dostępny chyba tylko w klinikach i zakładach położniczych. Fakt jednakże znacznego obniżenia się procentu gorączkujących położnic pozostaje niezbitym dowodem, że pogląd Zweifla posiada rację bytu i jeżeli nie usuwa gorączki zupełnie, to w każdym razie może obniżyć procent gorączkujących; innemi słowy działa na przyczynę, wywołującą owo podniesienie się ciepłoty. Zachodzi też pytanie czy, jeżeli przyjmujemy owo rozkładanie się, ewentualnie gnicie krwi w pochwie za przyczynę tych tak częstych i trudnych do usunięcia podniesień ciepłoty, nie udałoby

się otrzymać tego samego rezultatu zapomocą innych sposobów mniej uciążliwych dla rodzących, a nawet i lekarzy, i dostępnych dla szerokiej rzeszy akuserek. Mam tu na myśli przestrzykiwania pochwy. Jeżeli wogóle w nauce, to szczególnie w medycynie musimy przyznać, że istnieją prądy modne, którym niemal ślepo podlegamy i bezkrytycznie je przyjmujemy. Tak samo rzecz się miała z przestrzykiwaniami po porodzie. Badania flory pochwy i szyjki macicznej wykazały, że w większości przypadków nie znajdujemy tam żadnych ani ropnych ani chorobotwórczych zarazków; dla tego przemywanie pochwy przed, w czasie i po porodzie uznano za niepotrzebne, zbyteczne a nawet za źródło zakażenia. Teoretycznie tak, w praktyce jednak każdy nieuprzedzony badacz mógł łatwo zauważyć, że pomimo czystości zachowanej przy porodzie i w położu, odchody nieraz miały nieprzyjemny zapach (odór), i wraz z tem zjawiało się podniesienie ciepłoty. Kilkakrotne obfite przemycie pochwy lekkim środkiem dezynfekcyjnym, było w większości przypadków dostateczne, by odór odchodów znikł, a zarazem by ciepłota spadła do normy.

Mimowoli też przychodziło na myśl jeszcze przed odczytem Zweifla, czy nie mamy tu do czynienia z rozkładem krwi i następnem zakażeniem, które łatwo może być usunięte, dopóki nie przybierze większych rozmiarów. Jeżeli uprzytomnimy sobie budowę pochwy, mnogość jej zaulków i to fizyologiczne zagłębienie, jakby przez naturę stworzony zbiornik w tylnem sklepieniu pochwy, to nie będziemy się dziwili, że pewna ilość odchodów położowych, zatrzymując się w tych fizyologicznych zbiornikach, musi się rozkładać, gnić i zakażać organizm. Usunąć je więc należy i to tak, by nie drażnić schorzałego i wrażliwego narządu, a to najlepiej zrobić możemy za pomocą przestrzykiwań. Oprócz usunięcia rozkładającej się krwi lub odchodów, pewna ilość płynu dezynfekcyjnego pozostaje w pochwie i zapobiega lub przynajmniej upośledza rozwój zarazków. Dla tego pomimo ogólnego prądu pozostawiłem w zarządzanym przeze mnie przytułku położniczym przestrzykiwania pochwy tak wkrótce po porodzie, jak i później raz lub dwa razy dziennie. Rezultatami, jakie tą drogą osiągnąłem, niestety nie mogę się pochwalić. Na 564 porody miałem 157 przypadków, gdzie ciepłota choćby raz jeden tylko przekraczała 37,5° mierzone pod pachą. Sporo w tej liczbie mieści się także takich położnic, które przybyły z podniesioną już ciepłotą. Odsetka 27%, wobec 18—22% lub nawet niżej, otrzy-

mywanych w dobrze urządzonych zakładach, nie przemawiałaby na korzyść przestrzykiwań, lecz jeżeli weźmiemy pod uwagę skromne urządzenie naszego przytułku, nieodzowne braki, zależne od szczupłych materialnych środków (brak osobnego pokoju dla wanny, rodzące muszą przechodzić przez sieni po wzięciu wanny), i to niechlujstwo naszego biednego ludu, który prawie wyłącznie dostarcza przytułkowi rodzących, to procent ten nie okaże się tak bardzo wysokim.

Przytaczając te dane, nie miałem na myśli bezwzględnego bronienia przestrzykiwań, lecz wobec nowych poglądów chciałem zaakcentować, że i dawny sposób oczyszczania pochwy ze skrzepów krwi może mieć takie samo prawo obywatelstwa. Często miałem możność sprawdzić i przekonać się, że chwilowe, jednodniowe podniesienie się ciepłoty i cuchnące odchody ginęły po kilkakrotnem dokładnem przemyciu pochwy. Nie mogę tu podać ścisłej liczby przypadków, w których mogłem fakt ten zauważyć; w każdym razie było ich kilkanaście, i ściśle ich obserwowanie przekonało mię, że obniżenie się ciepłoty było nie tylko post lecz i propter hoc.

Chciałbym zwrócić uwagę na samą technikę przemywania, która podług mnie odgrywa dużą rolę. Przedewszystkiem powinno się używać kanki długiej, wygiętej, z jednym otworem na końcu i dość szerokiej, by strumień płynu z siłą wypływał i był na tyle dużym, by mógł unieść z sobą zalegające w pochwie skrzepy. Ponieważ miejscem, gdzie głównie zatrzymują się skrzepy, jest tylne sklepienie, znajdujące się w normalnych warunkach, przy leżącym położeniu położnicy, znacznie niżej od wejścia do pochwy, należy kanką nacisnąć na tylną ścianę pochwy, zrobić niejako z pochwy zamiast wklęsłej prostą rurkę i dać możność skrzepom krwi wydostania się na zewnątrz wraz z wypływającym strumieniem wody; że jest to możebne, że przy starannem wymyciu usuwamy wszystką ściekłą do pochwy krew, przekonały mię niejednokrotne badania. Jeżeli więc przyjmiemy pogląd Zweifla za mający rację bytu i słuszny, jeżeli zachorzenia popołogowe w większości przypadków zależne są od rozkładu krwi sączącej się z macicy do pochwy; to również dobrze, a z mniejszą stratą czasu dla siebie i oszczędzeniem bólu położnicy osiągniemy tego samego rezultatu za pomocą przestrzykiwań.

Częstochowa.

G. Pisarzewski.

SPIS RZECZY

zawartych w roczniku I-szym Ginekologii.

OD REDAKCYI 3, 63, 599, 604

I. PRACE ORYGINALNE.

- Asterblum J.** przyczynek do rozpoznawania tylozgięcia macicy ciężarnej 173
- Boryssowicz Teodor.** Plastyczne czyli odtwórcze rozszerzenie zwężonego lub zarośniętego ujścia wewnętrznego względnie całego kanału szyi macicznej (z rysunkiem) . . . 567
- Borzymowski Jan.** Automatyczne zamykadło do irygatorów (z 2 rysunkami) 82
- O izolacyi pęcherza od wpływu moczu za pomocą cewnikowania obydwóch moczowodów 441
- Bujalski W.** Macica dwoista. Krwistek maciczny i jajowodowy. Cięcie brzuszne. 282
- Bylicki Władysław** docent O bezpośredniem mierzeniu wymiaru prostego wchodu miednicy zapomocą „dźwigni mierniczych” (z 4 rysunkami) 423
- Cercha Maksymilian.** O borowinie, kąpielach borowinowych krynickich i zastosowaniu ich do leczenia chorób kobiecych. 139, 229
- Cykowski Stanisław.** Przyczynek do kazuistyki cięcia cesarskiego 289
- Przyczynek do leczenia eklampsyi (z tablicami) . . . 489
- Czyżewicz Adam** jun. Kilka słów o ostrym obrzęku szyi macicznej podczas ciąży, porodu i położu (rysunkiem) . . 543
- Dobrowolski Stanisław** docent. O cytotoksynach łożyskowych 3
- Fagoński Tomasz.** Drgawki w przebiegu ciąży. Przedwczesne odklejenie się łożyska. Poród wymuszony 294
- Karczewski A.** „Pociągadło” (z 2 rysunkami) 450
- W sprawie operacyjnego leczenia ropienia połogowego sutki (mastitis puerperalis) (z rysunkiem). 203

Korybut-Daszkiewicz B. Przypadek ospy naturalnej u dwudniowego dziecka.	446
Koźmiński Franciszek docent. Stół operacyjny (z 4 rysunkami)	479
— Doświadczenia nad podwiązywaniem moczowodu (z tablicami)	607
Mars A. prof. Klinika Położniczo-Ginekologiczna Lwowska, jej powstanie, rozwój i wyniki (z 13 rysunkami)	267, 331
Michelis Alfred. Słódko o anencefalii (z 2 rysunkami)	21
Monsiorski Zygmunt. Placenta praevia. Główniejsze fazy w rozwoju nauki o wadliwym przyczepie łożyska oraz stan kwestyi w świetle dzisiejszych pojęć.	8
Neugebauer Franciszek. Hydromeningocele sacralis anterior. Nader rzadkie spostrzeżenie własne przepukliny oponowej krzyżowej przedniej u dorosłej kobiety z uwzględnieniem dwunastu przypadków analogicznych obcych (z 14 rysunkami)	75, 119, 208
Nowak St. Przypadek błoniastego przyczepienia pępowiny wraz z przodowaniem naczyń	436
Piotrowski T. Poród u kobiety z miednicą kręgozmykową (Spondylolisthesis) (z 3 rysunkami).	577
Pomorski Wacław. O zastosowaniu rozszerzadła Bossiego przy eklampsyi w przebiegu ciąży i porodu	292
— Wąglík złośliwy (pustula maligna) dużej wargi i jego leczenie sublimatem	649
Stankiewicz Czesław Wykaz prac polskich z zakresu chorób kobiecych i położnictwa do roku 1902 włącznie. Część I. Choroby kobiece. Dział pierwszy ogólny. Dział drugi.—Wady przyrodzone i nabyte	5
— Wykaz prac polskich z zakresu chorób kobiecych i położnictwa za rok 1903	122
Szybowski Bronisław. Oderwanie się pępowiny od łożyska przy porodzie w pozycyi stojącej	84
Troczewski Antoni. Ciąża śródmiaższowa	26

II. STRESZCZENIA ZBIOROWE I SPRAWOZDANIA.

a) AUTOREFERATY.

DOBROWOLSKI STANISŁAW. Flora pochwy fizyologicznej 177

b) STRESZCZENIA ZBIOROWE.

KOZICKI LUCYAN. Spółczesny stan nauki o surowicy przeciwpaciorkowcowej . . . 30

c) SPRAWOZDANIA Z PIŚMIENICTWA OJCZYSTEGO I OBCEGO.

- AHLFELD F. Krwawienie podczas porodu i jego następstwa dla kobiety, przez R. 183
 ARNDT G. Leczenie pooperacyjne porażenia kiszki czeryną, przez M. Warszawskiego 299
 BACURA J. C. Vagitus uterinus, przez Z. Monsiorskiego 101
 BAISCH K. Wyniki zapobiegawczego zwalczania pooperacyjnego zapalenia pęcherza, przez Z. Monsiorskiego 299
 Wymioty uporezywe i ślinotok w przebiegu ciąży, przez S. Nowaka . . . 457
 V. BUDBERG ROGER. Czy obrzęk sromu podczas porodu stanowi naturalny środek ochronny dla kroczka, czy też zwiększa niebezpieczeństwo pęknięcia jego; przez J. Ślaskiego 245
 CAMERON H. C. Przypadek obojactwa, przez Fr. Neugebaura 307
 CAPOLDI A. Badania nad zakażeniem macicy, spowodowane przez zaparcie stolca, przez R. 512
 CARRARA M. Żeńskie obojactwo wrzekome, przez Fr. Neugebaura 514
 CZYZEWICZ ADAM jun. Przypadek donoszonej ciąży zamacicznej z żywym płodem, przez Z. Monsiorskiego. 42
 DAUBER. Zapobieganie zapaleniu rzeżączkowemu oczu u noworodków, przez R. . 102
 DURET I BESSON. Bezpośrednie oraz dalsze skutki zabiegów radykalnych w leczeniu raka macicy, przez Z. Monsiorskiego. 507
 FALKNER A. Przyczynek do nauki o torbielach pochwy, przez R. 92
 FRITSCH H. Postępowanie w przypadkach krwotoków poporodowych, przez A. Malkowskiego 44
 GIGLI L. Cięcie boczne miednicy, przez M. Warszawskiego 305
 GRAEFE M. W sprawie powstawania wymiotów uporezywych, u ciężarnych, przez J. Nowaka 459
 GRUZDIEW W. S. W sprawie terapii przetok pęcherzowych u kobiet, przez J. Idzikowskiego 37
 HALBAN J. Cecha rozpoznawcza ciężarnej macicy dwurożnej przez A. Malkowskiego 95
 HARDY G. Cięża, okres połogowy i rzeżączka, przez R. 300
 HENGGE ANT. Pęcherzyca noworodków, przez Henryka Altkaufra 102
 HOFMEIER. O niepomyślnych następstwach głębokich nacięć szyi macicznej podczas porodu, przez R. 245
 JAYLE F. I NANDROT CH. Cięża jajowodowa obustronna, przez Monsiorskiego . 461
 JAYLE F. Wycięcie macicy nadpochwowe z powodu włókniaków. Przegląd historyczny. Technika Pozziego, przez Z. Monsiorskiego 39
 JAWORSKI J. Wpływ warunków higienicznych i pracy zawodowej na przebieg ciąży i rozwój płodu, przez Z. Monsiorskiego 457

JAWORSKI JÓZEF. Przyczynek kliniczny do przebiegu ciąży zaśniadowej (Mola hydantidosa), oraz stosunek tejże do nabłoniaków kosmówki (Chorio epitheliomatów), przez Józefa Laskowskiego	43
KOLOTINSKIJ. Całkowite wycięcie macicy, spowodowane przez olbrzymi włókniak; operacja, przez J. Idzikowskiego	92
KROEMER. Zapobieganie podczas ciąży chorobowości połogowej, przez J. Nowaka	462
KSCHISCHO. W kwestyi przecięcia i zeszywania powłok brzusznych, przez R.	94
LEJARS F. Hysterotomia próbna, przez Bronisława Szybowskiego	38
LOP. M. Krwotoki żołądkowo-kiszkowe u noworodków, przez Br. Szybowskiego.	592
MARTIN A. Rzeźączka w połogu, przez R.	183
MÜLLERHEIM R. O nałożeniu kleszczy przy położeniu pośladowem, przez G. Pisarzewskiego	587
NEBESKY O. Z kazuistyki ciąży brzusznej, przez Z. Monsiorskiego	96
NEUGEBAUER FR. Co lekarz praktyk powinien wiedzieć o hermafrodytyzmie, przez J. Idzikowskiego	46
NIEBERDING W. Przyczynek do kazuistyki przepuklin oponowych krzyżowych przednich, przez Fr. Neugebaura	591
OBERLÄNDER O. O korzyściach drenowania jamy brzusznej na drodze pochwowej, przez R.	42
OSTRČIL A. O zmianie położenia twarzowych na potylicowe za pomocą chwytów zewnętrznych, przez Z. Monsiorskiego	246
— Przyczynek do anatomii drobnowidzowej ciąży jajowodowej, przez P. Rudzkiego	588
PAULIN J. Poród bliźniętami z przerwą siedemnastodniową, przez R.	247
POLLAk E. Rzeźączka kanalików przycewkowych u kobiet, przez M. Warszawskiego	303
POZZI S. Przyczynek do kwestyi rokowania i leczenia torbiedzi i guzów brodawkowatych jajnika, przez Z. Monsiorskiego	453
QUEISNER A. H. Przyczyny i leczenie gorączki połogowej, przez R.	240
ROSNER A. Hermia abdominalis uteri gravidi, przez Józefa Laskowskiego (z 2-ma rysunkami)	508
ROTHe H. O właściwem ułożeniu ramion podczas narkozy, przez Z. Monsiorskiego	456
RÜHL W. Przyczynek do techniki cięcia cesarskiego pochwowego resp. przecięcia macicy pochwowego przedniego, przez A. Małkowskiego	99
SCHAUTA F. O uprawieniu doszczętnego wyluszczenia macicy przez pochwę przy raku, przez G. Pisarzewskiego	181
SCHICKELE G. Cięża w uchyłku macicznym, przez R.	95
SCHIORI I GEIGEL. Gruźlica łożyska ludzkiego przez S. Nowaka	511
SCHUMACHER H. W sprawie kąpienia rodzących, przez Henryka Altkaufa	244
SCHÜCKING. O wydzielaniu wewnętrznem śluzówki macicznej i o wytwarzaniu się metrotoksyn, przez Z. Monsiorskiego	180
SIMPSON F. F. Równoczesna ciąża maciczna i pozamaciczna, przez Fr. Neugebaura	591
DE SINÉTY. Miesiączkowanie zastępcze i przegroda pochwy, przez Z. Monsiorskiego	37
SIPPEL A. THORN W. O kwileniu śródmacicznym, przez Z. Monsiorskiego	100
WALTHARD M. Przyczynek do techniki operacji sposobem Wertheima, przez M. Warszawskiego	454
— Zasady leczenia surowicą zakażenia połogowego, paciorkowcowego przez R.	513
WEINBRENNER. O ciąży śródmiaższowej, przez R.	96

WINTER G. Podstawy naukowe zachowawczych operacyj mięśniaków, przez R.	296
— Wyniki walki z rakiem macicy w Prusach Książęcych, przez Z. Monsiorskiego.	297
WORMSER E. Zgorzel kończyn podczas porodu, przez R.	305
WORRALL. Równoczesna ciąża maciczna i jajowodowa p.zez Fr. Neugebaura	590
VEIT I. O unikaniu wymóżdżenia żywych płodów, przez R.	585
VOGEL G. EYERSMANN I. O postępowaniu leczniczem przy świeżych pęknięciach krocza, przez J. Ślaskiego	97
V. ZABORSZKY S. Wymioty uporezywe u ciężarnych, przez S. Nowaka	460
ZANGEMEISTER. O kamieniach pęcherzowych, przez S. Nowaka	455
ZELDOWICZ J. B. Rozlane zapalenie otrzewnej, wywołane przez cierpienia narzą- dów rodnych kobiecych, przez J. Ildzikowskiego	93
ZWEIFEL. Leczenie krwisteku zamacicznego, przez Fr. Neugebaura	86

III. ZJAZDY I TOWARZYSTWA LEKARSKIE.

TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE.

Neugebauer Franciszek. Wielokomorowy torbielak jajnika kury	51
— Dwa kły z torbieli skórzastej jajnika	51
— Fotografia pięciorączków (z rysunkiem).	52
Ślaski Julian. Łóżysko o dwóch torbielach, t. zw. podkosmówkowych	54
Zaborowski Stanisław. Dwa przypadki cięcia cesarskiego	50

TOWARZYSTWO LEKARSKIE KRAKOWSKIE.

Piotrowski Tymoteusz. Dwa przypadki cięcia cesarskiego	55
---	----

SEKCJA GINEKOLOGICZNA WARSZAWSKA.

Posiedzenie organizacyjne dnia 30 kwietnia 1904 r.	250
Posiedzenie dnia 27 maja 1904 r.	
Staniszewski Wf. Dwa przypadki torbieli jajnikowych, powikłanych zapaleniem otrzewnej	251
Stankiewicz Cz. Guz zaotrzewnowy wagi 30 1/2 f., rezekeya 37 ctm. okrężnicy; na- wrot po upływie 1 1/2 roku	252
— Przypadek przepukliny udowej obustronnej i opadnięcia pochwy i macicy, wyleczony drogą operacyjną	252
Dyskusya.	
— Preparaty drobnowidzowe gruźlicy części pochwowej macicy	254
Bacciareli W. Wskazania do nakłucia torbieli jajnikowych	254
Dyskusya.	
Neugebauer Fr. Fotografie rachitycznej kobiety	255
— Aparat Hilzinger-Reinera do miejscowego stosowania ogrzanego powietrza w ginekologii	256
— Preparaty drobnowidzowe endometritis glandularis	256
Jaworski Józef. O znaczeniu zastrzykiwań podskórnych serum artificiale przy za- kazeniu porodowym	256
Dyskusya.	
Sawłoki Br. Dwa duże włókniaki macicy, usunięte sposobem Doyena. Trobielowa- te zwyrodnienie włókniaka (Operował Ciechowski.)	260

Posiedzenie dnia 25 czerwca 1904 r.	
Hincz P. Łożysko niezwykłej wielkości.	308
Dyskusya.	
Rylko M. Włókniak wargi sromnej większej.	309
Stankiewicz Cz. Lactagol i thigenol	309
Janczewski Stefan. Przypadek kręgozmyku	309
Dyskusya.	
Grzankowski B. O powikłaniu ciąży macicznej torbielą międzywzadłową	310
Dyskusya.	
Bryndza-Nacki L. Włókniaki podsurowce macicy	316
— Rozszerzało Knappa	316
Posiedzenie dnia 28 września 1904 r.	
Cykowski Stanisław. Przyczynek do leczenia eklampsyi	522
Dyskusya.	
Posiedzenie dnia 27 października 1904 r.	
Natanson Antoni. Włókniaki macicy.	592
— Jajo płodowe z 3-go tygodnia ciąży	593
Boryssowicz Teodor. Plastyczne czyli odtwórcze rozszerzenie zwężonego lub za- rośniętego ujścia wewnętrznego resp. całego kanału szyi macicznej	593
Dyskusya.	
TOWARZYSTWO GINEKOLOGICZNE LWOWSKIE.	
Posiedzenie naukowe z dnia 17 lutego 1904 r.	
Breiter. Przypadek prolapsus uteri completus cum pyometra.	463
Dyskusya.	
Bocheński. Przedstawienie chorej z guzem uwięzionym w miednicy matej	464
Dyskusya.	
Czaplicki. Przypadek ciąży prawdopodobnie śródściennej i poród drogą naturalną	465
Dyskusya.	
Czyżewicz (junior). Chora z ograniczną formą przerostu nabłonka części pochwowej.	466
Kośmiński. Przypadek przemijającego wodonercza u osoby ciężarnej	466
Posiedzenie naukowe z dnia 3 marca 1904 r.	
Mars. O stosowaniu krążków w przypadkach polapsus uteri	467
Kośmiński. Przypadek vasa praevia funiculi umbilicalis	469
Posiedzenie naukowe z dnia 23 Marca 1904 r.	
Czaplicki. Łożysko kształtu nerkowatego	469
Breiter. Przypadek ciąży śródmiąższowej	470
Czyżewicz junior. Dwa przypadki ciąży śródmiąższowej	470
Kośmiński. Preparat jaja płodowego z błoną doczesną, przedstawiający zupełny odlew jamy macicy	471
Posiedzenie naukowe z dnia 4 maja 1904 r.	
Bocheński. Dwa przypadki ciąży zamacicznej leczone operacyjnie.	515
Dyskusya.	
Sołowij. Rozszerzenie szyi macicy w położnictwie.	516
Posiedzenie naukowe z dnia 25 maja 1904 r.	
Mars Przedstawienie ciekawego przypadku po operacyi i preparatu anatomicznego.	516

Mars. O zastosowaniu przyrządu oziębiającego (Stroynowskiego) w przypadku krwawienia z kikutą po odjęciu macicy.	517
Bocheński. Chora z rozstępem kości lonowych, powstałych w czasie porodu	518
Posiedzenie naukowe z dnia 1 czerwca 1904.	
Bocheński. Przedstawienie preparatu anatomicznego (włókniak zwapniały)	519
<i>Dyskusya</i> nad odczytem Sołowija: „O rozszerzaniu szyi macicy w położnictwie.	519
Posiedzenie naukowe z dnia 22 czerwca 1904 r.	
Mars. Guz powłok brzusznych (włókniak)	520
Koźmiński. Przypadek uterus duplex	521
— Okazanie guza wielokomorowego jajnikowego	521
Breiter. Podwójne światło trąbki	522
— Demonstracya rozszerzadła metalowego Knappa z modyfikacyą	522

Z TOWARZYSTW LEKARSKICH ZAGRANICZNYCH.

Przez Fr. Neugebaura, S. J. Rosenthala i A. Malkowskiego	319
Przez A. Malkowskiego i Fr. Neugebaura	651—655

Z X ZJAZDU GINEKOLOGÓW NIEMIECKICH.

v. Rosthorn. Wyrwanie całej macicy przy wyjmowaniu ręcznem łożyska, przez Fr. Neugebaura	104
BERLIŃSKIE TOWARZYSTWO POŁOŻNICZO-GINEKOLOGICZNE. przez Malkowskiego	106
Z IV Zjazdu Ginekologów, Położników i Pedyatrów francuskich w Rouen, przez Z. Monsiorskiego	185, 248

IV. OCENY.

BUMM E. Grundriss Zum Studium der Geburtshülfe, przez S. Dobrowolskiego	187
PRYOR R. WILLIAM. A Text-Book for Students and a Guide for Practitioners, przez Fr. Neugebaura	471
SCENCK FERD. Die Pathologie und Therapie der Unfruchtbarkeit des Weibes, przez R. Vogel Gustaw. Podręcznik położnictwa dla lekarzy i studentów, w tłumaczeniu polskiem Zwejgbauma i Popiela, przez T. Reutta	107
LANDAU THEODOR. Wurmfortsatzenzündung und Frauenleiden, przez R.	655

V. FELIETON.

W sprawie Zjazdów Lekarskich.—Przemówienia a sprawozdania. — Polemiki lekarskie, przez VERUSA	58
Kwestya wpisów.—Koleżeństwo zawodowe.—Próżność czy reklama?—Towarzystwo kursów wakacyjnych.—Uwagi „Głosu” przez VERUSA.	109
Kilka słów pod adresem lekarzy zdrojowych.—Kolega czy doktor?—Reklamy lekarskie w pismach brukowych, przez VERUSA	190
W sprawie wód i zdrojowisk krajowych.—Biblioteka Jędrzeja Śniadeckiego a nasze stanowisko, przez VERUSA	260

Niemasz sędziów w Warszawie? —Czytelnie przy Towarzystwach Lekarskich. —Statystyka braku miejsc w szpitalach, przez Verusa	472
Echa „Głosu na puszczy.“ —Nico o wypracowaniach lekarskich, przez VERUSA	598
O nowych wydawnictwach lekarskich. Uwagi nad sprostowaniem Kroniki Lekarskiej. „O czystości w położnictwie.“	657

VI. KORESPONDENCJE.

RUDZKI PRZEMYSŁAW. Listy z Pragi Czeskiej	61, 113
---	---------

VII. WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Wiadomości bieżące zawodowe i ogólnie lekarskie. —Drobniejsze wiadomości różnej treści. —Wiadomości osobowe 63, 118, 192 262, 321, 416, 474, 534, 599, 662.	
---	--

VIII. DZIAŁ POLEMICZNY.

NEUGEBAUER FR. Kilka słów z powodu artykułu Kol. Borzymowskiego: „O izolacyi pęcherza od wpływu moczu za pomocą cewnikowania obydwóch moczowodów“	531
J. BORZYMOWSKI. Odpowiedź na uwagi kol. Fr. Neugebauera z powodu mego artykułu	659
A. KARCZEWSKI. Kilka słów w kwestyi cewnikowania moczowodów przy operacyach przetok pęcherzowych	661

IX. KRONIKA ŻALOBNA.

ADAM GLISZCZYŃSKI (z portretem)	67
WILIAM R. PRYOR (z portretem), przez C. S.	537

X. SKRZYŃKA DO LISTÓW.

BUJAŁSKI W. Kilka uwag do własnego artykułu p. Macica dwoista etc	419
KARCZEWSKI A. Przyczynek do dziejów ginekologii polskiej	197
MONSIORSKI Z. Dalszy przyczynek do dziejów ginekologii polskiej	418
NEUGEBAUER FR. Wyrwanie macicy sub partu	263
POMORSKI WACŁAW. Leczenie świeżych pęknięć krocza	476
THEMERSON MIECZYSLAW. Quousque tandem?	326

XI. ZAPISKI LECZNICZE.

Arhowina	604
Azbest zamiast waty	602
Eserinum salicylicum po laparotomiach	602
Ergotina styptica Egger	540
Heroina w ginekologii	540
Helmitol	603

Katgut jodowy, przez C. S.	539
Lizytol i Sapokreozol, przez P. Rudzkiego	420
Lactagol	200
Liquor Sedans	603
Leczenie zapalenia i świądu sromu	121
Maść Credégo przy mastitis	603
Niektóre nowsze środki, stosowane przy krwawieniach macicznych	71
O działaniu trującym urotropiny	603
Protargol przy leczeniu zapalenia śluzówki macicznej (endometritis)	602
Species gynaeologicae Martin	603
Thigenolum, przez S.	328
Veronal	121
Weronalizm	540
Wyciąg z gruczołu tarczowego przy drgawkach porodowych	602
Wypalanie za pomocą spirytusu	601
XII. Nadesłano do Redakcyi. XII. Ogłoszenia na okładce.	

Skorowidz autorów.

- Ahlfeld F. 183.
Altkaufner H. 102, 211.
Arndt G. 299.
Arnoux 187, 250.
Asterblum J. 173.
Audebert 250, 250.
Bacciarelli W. 254.
Bacura J. C. 101.
Baisch K. 299, 457.
Barnsby H. 187.
Bazy 317.
Bender 188, 188.
Besson 507.
Bocheński 464, 515, 518, 519.
Boryssowicz T. 567.
Borzymowski J. 82, 441.
Breiter 463, 470 522, 522.
Bröse 319.
Bryndza-Nacki L. 316, 316.
v. Budberg R. 245.
Bujalski W. 282, 419*.
Bumm E. 188.
Bylicki W. 423.
Cameron H. C. 307.
Capaldi A. 512.
Carrara M. 514.
Ciechomski 260.
Cercha M. 139 229.
Cerné 187, 250.
Cykowski S. 289, 489, 522.
Czaplicki 465, 469.
Czyżewicz A. junior 42, 466,
470, 543.
Dauber 102.
Denucé 188.
Dobrowolski S. 3, 177, 188.
Duret 507.
Eversmann J. 97.
Fagoński T. 294.
Faguet 250.
Falkner A. 92.
Flaischlen 106.
Fritsch H. 41.
Gaston 248.
Geigel 511.
Gigli L. 305.
Graefe M. 459.
Gruzdiew W. S. 37.
Grzankowski B. 310.
Guyot 250.
Halban J. 95.
Hardy H. 300.
Heugé A. 102.
Henkel 106.
Hincz P. 308.
Hofmeier 245.
Idzikowski J. 37, 46, 92, 93.
Janczewski S. 309.
Jaworski J. 43, 256, 457.
Jayle F. 39, 461.
Jeanne 188, 250.
Karczewski A. 197*, 203, 451.
Keiffer 317.
Kolotinskij 92.
Korybut-Easzkiewicz B. 446.
Kośmiński Fr. 466, 469, 471, 479,
521, 521.
Kozicki L. 30.
Kroemer 462.
Kschischo 94.

- Lacasse 250.
 de Langenheugen R. 249.
 Laskowski J. 43, 508.
 Legueu 185.
 Lejars F. 38.
 Le Fort R. 250.
 Lop M. 592.
 Magniaux 250.
 Malkowski A. 44, 95, 99, 319, 652.
 Mars **267, 331**, 467, 516, 517, 520.
 Martin A. 183.
 Matton R. 249.
 Mauclair 250.
 Michelis A. I.
 Monsiorski Z. **8**, 37, 39, 42, 96,
 100, 101, 180, 185, 246, 248
 297, 298, 418*, 453, 456, 457,
 461, 507.
 Müllerheim R. 587.
 Nandrot Ch. 461.
 Nebesky O. 96.
 Neugebauer Fr. 46, 51, 52, **75**,
 86, 104, **149, 208**, 255, 256, 256,
 263*, 307, 316, 317, 317, 319,
 471, 514, 531*, 590, 591, 591, 653.
 Nieberding W. 591.
 Nowak S. **436**, 455, 457, 459,
 460, 462, 511.
 Oberländer O. 42.
 Ostrčil A. 246, 588.
 Oui 187.
 Pauchet 248, 248.
 Paulin J. 247.
 Petit R. 249, 250.
 Piotrowski T. 55.
 Pisarzewski G. 181, 587.
 Pollak E. 303.
 Pomorski W. **292**, 476*.
 Popiel 107.
 Potocki 188, 250.
 Pouillet 250, 250.
 Pozzi S. 453.
 Pryor R. W. 471, 537.
 Queisner A. H. 240.
 Raw N. 318.
 Reutt T. 107.
 Reverdin 319.
 Richelot 316.
 R. (Rosenthal Jakób) 42, 56, 92,
 94, 95, 96, 102, 183, 183, 240,
 245, 247, 296, 300, 305, 318,
 512, 513, 585 655.
 Rosner A. 508.
 v. Rosthorn 104.
 Rothe H. 456.
 Budzki P. 61, 113, 120, 588.
 Rühl W. 99.
 Rylko M. 309.
 Sawicki Br. 260.
 Schauta F. 181.
 Schenck F. 56.
 Schickele G. 95.
 Schmorl 511.
 Schumacher H. 244.
 Schücking 180.
 Simpson F. F. 591.
 De Sinéty 37.
 Sippel A. 100.
 Ślaski J. 54, 97, 245.
 Sołowij 516.
 Staniszewski Wł. 251.
 Stankiewicz Cz. (s. c. s.) **5, 122**,
 252, 252, 254, 309, 317, 328,
 537, 539.
 Steeg Ch. 249.
 Strassmann 106, 106.
 Szybowski B. 38, **84**, 592.
 Themerson M. 326*.
 Thorn W. 100.
 Troczewski A. **26**.

-
- Waltbard M. 451, 513.
Warszawski M. 299, 303, 305, 451.
Weinbreuner 96.
Winter G. 296, 397.
Wormser E. 305.
Worrall 590.
Vanverts 219.
Verus 58, 109, 190, 260, 472, 598.
- Vogel G. 97, 107.
Zaborowski S. 50.
v. Zaborszky S. 460.
Zangemeister 455.
Zeldowicz J. B. 93.
Zweifel 86.
Zweijbaum 107.
-

DO NASZYCH PRZYJACIÓŁ.

Zamykamy pierwszy rocznik naszego pisma.

Przystępując do wydawnictwa *Ginekologii*, stanęliśmy do pracy z oddaniem się i ufnością w wyniki naszych usiłowań. Czy podaliśmy się podjętemu zadaniu, nie ośmielamy się sądzić. Zaznaczymy to jedno, iż *Ginekologia* już w pierwszym roku istnienia zdobyła sobie zwarty, jakościowo i liczebnie poważny zastęp współpracowników i przyjaciół. Serdeczny oddźwięk, jaki znalazła *Ginekologia* w kołach fachowych, potwierdził w zupełności nasze przeświadczenie, iż „pismo specjalne, poświęcone chorobom kobiecym i położnictwu, stało się rzetelną potrzebą piśmiennictwa ojczyzno-ego”.

Udział najwybitniejszych przedstawicieli zawodu obok nabytego już doświadczenia Redakcyi, pozwolił nam prowadzić pismo dalej, na drodze ciągłego doskonalenia się, i niedaleka, zdaniem naszym, jest chwila, gdy *Ginekologia* stanie się niezbędną dla każdego ginekologa i położnika polskiego, dla każdego wreszcie z lekarzy prowincjonalnych, mającego do czynienia z naszą specjalnością.

Przed nami szerokie, mało wyzyskane pole. Do nowych trudów stajemy pełni zapału i wiary w przyszłość, w myśl hasła, które nam zawsze były nicią przewodnią. W chwili, gdy kończymy pierwszy rok wydawnictwa, przesyłamy najserdeczniejsze pozdrowienia wszystkim przyjaciołom *Ginekologii*, zapraszając ich do dalszej pracy na dobro nauki polskiej.

REDAKCJA.

Redaktor i Wydawca: Dr. Czesław Stankiewicz.

Доводлено Цензурою. Варшава, 9 Декабря 1901 г.

Druk A. T. Jezierskiego, Nowy-Swiat 17



Zakład TEOFIŁA PETZA w Warszawie Chmielna 12.

Poleca własny wyrób sterylizatorów do narzędzi, rozmaitej wielkości puszek do gipsu, waty, gazy, ligatur; puszek do tamponowania maciey, przyrządy do parowych i suchych ciepłych kąpieli oraz wszelkie wyroby blacharskie. Obstalunki zatwaja szybko i podług życzenia.

Prywatny Zakład Ginekologiczny D-ra Czesława Stankiewicza Warszawa, Złota 3.

Urządzenia ściśle aseptyczne. Sterylizacja pod ciśnieniem. Dwie sale operacyjne, sala porodowa, pokój izolacyjny. Pracownia chemiczno-drobnowidzowa. Wylęgarka. — Pokoje wykwintnie umeblowane. Winda hydrauliczna (Otis. — Przyjmowane są: chore ginekologiczne (wszystkie metody lecznicze prócz elektryzacji) oraz ciężarne. Nazwisko pacjentki na mocy ustawy Zakładu może pozostać w zupełnej tajemnicy. — Opieka lekarska: kierownik Zakładu, prócz tego lekarz zakładowy, mieszkający przy Zakładzie, i lekarze asystenci. Na miejscu stała położna, wykwalifikowana pielęgniarka i masażystka. Cena pobytu z leczeniem od 2 rubli dziennie. Za operacje i porody opłata stosownie od umowy. Dla osób niezamożnych, poleconych przez Szanownych Kolegów, możliwe ustępstwa.

Poliklinika. Informacje na miejscu i listownie.

Telefonu Nr 1846.

„ZDROWIE”

ORGAN WARSZ. TOWARZYSTWA HYGIENICZNEGO,

1) Artykuły oryginalne z dziedziny postępu i higieny publicznej w kraju. 2) Streszczenia zbiorowe. 3) Referaty. 4) Sprawozdania z posiedzeń Warszawskiego Towarzystwa i oddziałów prowincjonalnych. 5) Meteorologię, prowadzoną stale przez G. Tołwińskiego. 6) Bibliografię. 7) Wiadomości bieżące, przegląd prasy, korespondencje.

Zwraca się uwagę na zeszyty, wydane w r. 1901, a poświęcone specjalnym działom higieny: Zeszyt 6/7 zawiera narady nad higieną prowincyi. Zeszyt 10 jest poświęcony higienie szkolnej. „ 8 jest poświęcony higienie miast. „ 11 „ „ „ gruzlicy i jej zapobieganiu. „ 9 „ „ „ produktom spożywczym. Cena pojedynczego zeszytu 50 kop.

WARUNKI PRONUMERATY: w Warszawie rocznie rb. 4, półrocznie rb. 2. Na prowincyi i w Cesarstwie rocznie rb. 5, półrocznie rb. 2 k. 50. Członkowie zeczy wsi Towarzystwa Hygienicznego otrzymują „ZDROWIE” bezpłatnie, zwyczajni opłacają w Warszawie rb. 2, na prowincyi rb. 3 rocznie.

Redaktor Dr. Med. W. Janowski, Nowogrodzka 46 (telefonu N 2725).
Administrator G. Tołwiński ul. Św. Barbary 4 (telefonu N 2945)

Poświęcony higienie publicznej i prywatnej, wychodzi na początku każdego miesiąca w zeszytach objętości 5 — 6 arkuszy druku i zawiera:

PRZEGLĄD LEKARSKI

wychodzi 43 rok w Krakowie, co tydzień, w objętości co najmniej 2 arkuszy druku.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

Przeгляд Lekarski jest Organem Tow. lek. krakowskiego, lwowskiego i Tow. lek. galicyjskich.

Przeгляд Lekarski zamieszcza: I. Artykuły oryginalne z klinik i szpitali. II. Oceny i sprawozdania z najnowszych dzieł. III. Wyciągi i streszczenia prac oryg. IV. Zapiski lecznicze. V. Felieton. VI. Korespondencye. VII. Wiadomości zawodowe i statystyczne. VIII. Bibliografia i wiadomości bieżące.

Cena prenumeraty wraz z przesyłką pocztową rubli 7 rocznie.

Nadsyłać można wprost do Administracji „Przeglądu Lekarskiego” w Krakowie, Wielopole 4, lub za pośrednictwem Księgarni warszawskich i prowincjonalnych.

KRONIKA LEKARSKA

Dwutygodnik, poświęcony przeglądowi postępów umiejętności lekarskich.

Adres Redakcyi Orła Nr 8. — Administracyi Marszałkowska Nr 99.

W r. b. wszyscy całorocznicy prenumeratorzy otrzymają premium:

Dr. med. W. Moraczewski „Podręcznik do badań chemiczno-klinicznych”.

Cena roczna «Kroniki Lekarskiej» rb. 7, z przesyłką rb. 8.

Cena w Warszawie:

rocznie . . . rb. 6 k. —
półrocznie . . . „ 3 „ —

MEDYCYNA

Z przes. poczt. i zagranicą:

rocznie . . . rb. 7 k. —
półrocznie . . . „ 3 „ 50

CZASOPISMO TYGODNIOWE DLA LEKARZY PRAKTYKÓW

wychodzi w Warszawie co sobotę w zwiększonym formacie i obejmuje: 1) Artykuły oryginalne ze wszystkich działów wiedzy lekarskiej. 2) Spostrzeżenia z klinik i szpitali. 3) Kazuistykę lekarską. 4) Najważniejsze wiadomości z dziedziny higieny współczesnej. 5) Streszczenia, przekłady lub wyciągi z pism zagranicznych. 6) Wykłady kliniczne. 7) Sprawozdania z kongresów naukowych. 8) Krytykę i bibliografię. 9) Kwestye zawodowe. 10) Drobniejsze wiadomości. 11) Nekrologi. 12) Wiadomości bieżące krajowe i zagraniczne. 13) Wzmianki o dziełach nadesłanych do redakcyi. 14) Odpowiedzi od redakcyi. Ogłoszenia i t. d.

Wydawca

Dr. GURANOWSKI (Jasna Nr 6)

Redaktor

Dr. med. SADOWSKI (Krak.-Pzedm. Nr 7).

Dr. OSKAR GOLDBERG, Wielka № 47, Telefonu 4670.

Gorące powietrzne kąpiele

ogólne i miejscowe (80—150° C.)

przy chorobach kobiecych:

Parametritis, Perimetritis, Abscessus ante et post incisionem, Peritonitis adhaesiva, Adnexitis (gonorr.), Metritis, Fistulae parietis abdominalis, Infantilismus genitalium (Amenorrhoe), Nephritis gravidarum, Adipositas.

Na miejscu lub w mieszkaniu chorej.

Informacje osobiste (między 2—3 i od 5—6) i listownie.

L I T E R A T U R A :

Polano Centralbl. f. Gyn. 1901, № 30; 1902, № 37.

Kehrer, Thomson. Ibidem, 1901, № 52.

Dützmann. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. 1902, № 1.

Der Frauenarzt, XVII Jahrg. Heft 2, p. 78.

Bürger (klinika Schauty). Wien. klin. Wochenschr. 1903, № 28.

Tuskaj. Zjazd przyrodn. i lekarzy w Kassel, 1903.

Frankl. Centralblatt f. Gynaek. 1904, № 16.

DO NABYCIA W REDAKCYI „GINEKOLOGII”

Dr. Czesław STANKIEWICZ. **Retroversio-flexio uteri.** Praca nagrodzona na konkursie imienia Konitza. Str. 196, rycin 9.

Cena znizona Rb. 1, z przesyłką Rb. 1.20

Krytyka Lekarska

Pismo miesięczne.

ZAWIERA:

rozbior zasadniczych pojęć medycyny, oceny prac naukowych polskich, opracowania z historii medycyny przedewszystkiem w Polsce, sprawy społeczne lekarskie i zawodu lekarskiego. — Cena rub. 4 rocznie, z przesyłką rub. 5.

Redakcyja i administracyja w WARSZAWIE,
NOWO-SENATORSKA 6.

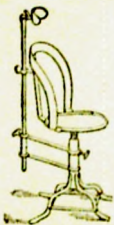
Towarzystwo Akcyjne Zakładów Wyrobów Metalowych

KONRAD, JARNUSZKIEWICZ i S-ka

w WARSZAWIE

Fabryka ul. Ciepła № 12.

Magazyny { WARSZAWA, ul. Grzybowska Nr 19.
PETERSBURG, ul. Morska Nr 45.
MOSKWA, ul. Wielka Łubinka,
dom Tow. Ubezpiecz. „Rosya”.



№ 1022



№ 340



Poleca przedmioty do nowoczesnych urządzeń szpitali, sal operacyjnych, oraz gabinetów lekarskich, a mianowicie:

Lóżka żelazne z materacami metalowymi różnych typów, szafki nocne, stoly chirurgiczne i ginekologiczne, taborety stałe i wykręcane, szafy oszklone hermetycznie, i stoliki do narzędzi chirurgicznych, fotele do operacyi ocznych i usznych, irygatory, podstawy i umywalnie pedałowe z flaszkami do płynów, nosze ręczne i na kółkach, lektyki do przewożenia chorych z miasta do szpitala, fotele na kółkach dla chorych i t. p.

wszystkie przedmioty pod względem wykończenia nie ustępują wyrobom zagranicznym.

Wielki wybór powyższych przedmiotów posiadamy na składzie, Grzybowska 19.

==== Ceny nizkie. — Katalogi ilustrowane gratis franco na żądanie. ====

50419

CENA „GINEKOLOGII” wraz z odnośzeniem do domu i przesyłką pocztową wynosi rocznie:

Rb. 6, Marek 12, Koron 15.

Przedpłatę można wnosić w ratach półrocznych.

Studenci medycyny, przy zamówieniach wprost z redakcyi, mogą otrzymać „Ginekologię” za połowę ceny.

SKŁADY GŁÓWNE: Na Galicyę: Księgarnie **Krzyżanowskiego** w Krakowie i **Altenberga** we Lwowie. Na zabór pruski: księgarnia **Leitgebra** w Poznaniu.

„PRZEGLĄD FILOZOFICZNY”

Pismo, rozporządzające współpracownictwem wszystkich wybitniejszych pracowników naszych na polu filozofji, stawia sobie za zadanie: dawać wyraz oryginalnej polskiej myśli filozoficznej i odzwierciedlać ruch filozoficzny zagranicą.

Rocznie w Warszawie	rub. 4
„ z przesyłką pocztową	„ 5

Nowi prenumeratorzy, którzy nadeślą całoroczną prenumeratę na rok 1905-ty, mają prawo do otrzymania BEZPŁATNIE

Rocznika „Przeglądu Filozoficznego” z roku 1904.

Rocznik ten, między innymi, zawiera dwa zeszyty, specjalnie poświęcone **Spencerowi i Kantowi**.

Tego ustępstwa w roku przyszłym Redakcja już zrobić nie będzie mogła, gdyż liczba roczników pisma zostanie ograniczona.

Koszta przesyłki rocznika wynoszą rub. 1.

Cena kompletu, t j. siedmiu roczników „Przeglądu Filozoficznego” — rub. 28, z przesyłką pocztową rub. 35; dla nowych prenumeratorów z przesyłką rub. 28.

W roku 1905 nastąpi rozstrzygnięcie konkursu „Przeglądu Filozoficznego,” (nagroda 1,000 rubli) i rozpocznie się druk odznaczonych rozpraw

Redaktor i Wydawca **Dr. Władysław Weryho**

Adres Redakcyi: Warszawa, Mokotowska 47, od godz. 4—6.