

MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
 dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. Prace oryginalne. Kilka uwag o roli i zadaniu społecznej ekspertyzy sądowo-lekarskiej, opracował St. Lalewicz. (Dokończenie). Praktyczne zasady aseptycznego cewnikowania, podał D-r S. Groszlik. (Ciąg dalszy). — Streszczenia i wyciągi. 67. Etiologia zapaleń płucnej. 68. Choroba Barlow'a (krzywica krwotoczna). 69. O leczeniu wola i choroby Basedow'a karmieniem grasicą. — Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. Posiedzenie z dnia 7 maja r. b. — Z XVI zjazdu balneologów w Berlinie w marcu r. b. — Drobniejsze wiadomości różnej treści. — Wiadomości bieżące. — Ogłoszenia.

„Medycyna“
GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r St. Lalewicz. — Quelques mots sur le rôle et la tâche de l'expertise médico-légale contemporaine. 2) D-r S. Groszlik — Les principes de l'asepsie dans le cathétérisme.

Redaction: Dr H. Dobrzycki. Warschau—Obozna str., 5.

„Medycyna“
MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r St. Lalewicz — Die Rolle und die Aufgaben des modernen medicinisch-gerichtlichen Gutachtens. 2) D-r S. Groszlik — Praktische Grundlagen des aseptischen Katheterisirens.

Redaction: Dr H. Dobrzycki. Varsovie — Rue Obozna 5.

Kilka uwag o roli i zadaniu społecznej ekspertyzy sądowo-lekarskiej,

opracował St. Lalewicz, lekarz powiatu w Suwałkach.

(Rzecz przedstawiona na posiedzeniu Tow. lek. gub. Suwalskiej d. 12 stycznia r. b.).

(Dokończenie.—Zob. Nr. 22).

Od czasu wprowadzenia nowej reformy sądowej, sądy wzywają lekarzy, w charakterze biegłych, do wypowiedzenia opinii z przedstawionych im do rozwiązania zagadnień. Rola i położenie takich ekspertów są w wysokim stopniu nieprzyjemne i dziwne. Pomijając to, że lekarz taki daje swoje wnioski, sam nie wiedząc po co, skoro obie strony: sąd i obrona, mogą te wnioski ignorować, niepodobna nie zastanowić się nad zbyt częstym, przeciwnym prawu doprowadzaniem lekarza do przysięgi, co poniżej go bez żadnego powodu w oczach publiki. Art. 1339 T. XIII. zb. pr. (Wyd. 1892 r.) mówi: „urzędnik lekarski, będący na służbie... uwalnia się od przysięgi przy badaniu ciał martwych“. Tymczasem sądy, opierając się na art. 694 ust. pr. kar., który opiewa, że „biegły, przed przedstawieniem wniosków na sądzie, doprowadzają się do przysięgi“, wymagają przysięgi nie tylko od lekarzy wolnopracujących, ale i będących na służbie, na równi z biegłymi w innych gałęziach wiedzy ludzkiej, a stającymi się takimi nie z powodu rodzaju swej służby, lecz przypadkowo z art. 325 i 326 ust. pr. kar., np. profesorowie, kaligrafowie, rzemieślnicy i inni. Jeżeli sobie uprzytomnić, że t. zw. lekarze sądowi, powiatowi i miejscy, podpisując protokół sekcji sądowo-lekarskiej, czynią to, pamiętając treść art. 1336 ust. lek., znanego i sądom, to staje się rzeczywiście w wysokim stopniu niekonsekwentnem owo branie przysięgi, którą lekarz potwierdził swoim własnoręcznym podpisem na protokole. Wreszcie, jeżeli można ignorować zupełnie art. 1339 T. XIII., to samo uczucie sprawiedliwości i bezstronności wymagałoby doprowadzenia do przysięgi przed każdą sprawą i osobistego składu sądu, prokuratury i obrony.

Z tego wszystkiego, co wyżej podano, okazuje się, że w jednym i tem samem prawie znajdują się takie dziwne sprzeczności: z jednej strony art. 1326 zb. pr., uważający lekarza, wykonywającego sekcję sądowo lekarską, za osobę pierwszą, i art. 1339 zb. pr., uwalniający urzędnika lekarskiego od przysięgi; a z drugiej, art. 315 i 694 ust. pr. kar.; poniżające bez żadnej potrzeby stanowisko lekarzy-ekspertów. Wszystko to jeszcze jest znośne, jeżeli śledztwo pierwiastkowe „przez“ lekarza prowadzi sędzia śledczy, a posiedzeniem sądu, na które wezwano lekarza, kieruje przydujący — obadwaj ludzie taktowni, którzy chcą i umieją zagładić tę sprzeczność; ale jak bywa, gdy niema tej dobrej woli i umiejętności? Zaczóż wtedy lekarz cierpi moralnie i za swą pracę bezpłatną i chęć wyjaśnienia spornych i zawitych kwestyi otrzymuje poniżenie swego stanowiska i doświadcza sam na sobie dziwnej niesprawiedliwości? Przecież on sam nie narzuca się ze swemi wiadomościami fachowemi, lecz go potrzebują, wzywają go i pytają, a on nawet i wymówić się od tego nie może, z obawy następstw z art. 328 ust. pr. kar., grożącego karą za niestawienie się na wezwanie władzy sądowej.

Przechodząc od tych ogólnych kwestyi do szczegółowych, przyjrzyjmy się położeniu lekarza-eksperta, któremu wypada kwalifikować uszkodzenia zdrowia. Art. 349 ust. pr. kar. wymaga od lekarza-eksperta przy t. zw. obdukcji ran, pobicia i t. p., ażeby określił: 1) rodzaj uszkodzenia i wpływ jego na zdrowie osoby, którą się bada; 2) narzędzia, któremi dokonano dane uszkodzenie, i 3) jak dawno to się stało. Ustawa lekarska w T. XIII. zb. pr. w art. 1438, 1439 i 1440 (wyd. 1892 r.) wszystkie wogóle skutki gwałtu rozdziela na 3 grupy: na małe, powierzchowne i łatwo wyleczalne; na wielkie, głębokie, skomplikowane i trudno wyleczalne, — i na nieuleczalne. Jeżeli do tego dodamy art. 1443. zb. pr. tegoż T. XIII, określający uszkodzenia bezwarunkowo śmiertelne, i art. 1445, wyliczający warunki uszkodzeń na zdrowiu przypadkowo śmiertelnych, to zdawałoby się, że te wskazówki powinny być wystarczającymi dla lekarza-eksperta, jako wyczerpujące to wszystko, o czem on może wnioskować, nie wychodząc z granic swojej specjalności. Tymczasem praktyka sądowo-lekarska wprowadziła mnóstwo kwestyi, wypływających z całego szeregu artykułów ustawy o karach, a z artykułami tymi lekarz niezawsze może sobie dać radę, z powodu ich niewyraźnych określeń i niepewnych pojęć o rzeczy, przeznaczonych rzekomo dla lekarzy, ale wprowadzonych tu widocznie bez ich współudziału i dlatego dla nich niezrozumiałych i niemających nic wspólnego z ich nauką. Chociaż niektóre kwestye zawikłane były wyjaśnione przez Dep. Kas. Rząd. Senatu w 1873 r. № 280 i 331, przyczem Senat Rządzący zadecydował, aby „lekarz sądowy był obowiązany dawać sędziemu śledczemu wnioski o rodzaju uszkodzeń cielesnych i o wpływie ich na zdrowie poszkodowanych z należytą jasnością“, to jednak praktyka sądowo-lekarska nie przestaje dotąd kręcić się w zaczarowanym kole terminów, obcych zupełnie medycynie. Idzie o to, że władze sądowe, przy oględzinach poszkodowanych wskutek gwałtu ludzi, nie ograniczają się wnioskami lekarzy, określającymi rodzaj uszkodzenia, wpływ jego na zdrowie i narzędzie, użyte do zadania gwałtu z oznaczeniem czasu powstania tego ostatniego, ale wymagają zakwalifikowania wyniku oględzin do jednego z odnośnych artykułów ustawy karnej. W tem właśnie leży całe nieporozumienie, bo to kwalifikowanie śladów i skutków gwałtu, opisanych przez lekarza „z należytą jasnością“, stanowi zadanie prawnika, jako specjalisty w tym względzie, ale nigdy lekarza, który nie ma w swej nauce dostatecznych danych do takiego różniczkowania. Wiado-

mo, że takie różniczkowanie niegroźących śmiercią uszkodzeń dla stosowania kary stanowi słabą stronę kodeksów karnych różnych państw. I tak, kodeks francuski i belgijski, jako granicę, którą przekracza oskarżony o gwałt, uważają formułę: „nie dotykaj ciała bliźniego“; tymczasem kodeks niemiecki i węgierski jako normę stanowią: „nie sprawiaj bliźniemu bólu“. Dalej, przy ustanawianiu kar w tym przedmiocie, prawodawstwa wszystkich krajów kierują się dwoma poglądami: albo stopniem cierpienia lub szwanku na zdrowiu — system obiektywny, albo wpływem woli co do sprawienia cierpienia lub szwanku na zdrowiu — system subiektywny. Stosownie do tych poglądów ułożone są stopnie kar, chociaż i w stopniowaniu samem można niekiedy zauważyć niezbyt ściśle zachowywanie tych dwóch kardynalnych poglądów. Ale rozpatrywać jakąkolwiek kwestyę z punktu widzenia teoretycznego i stanowić prawa, któreby okazały się wszechstronnie praktycznymi — są to dwie rzeczy różne i dlatego w ustawie karnej spotykają się nieraz trudności w zastosowaniu, których przełamać nie są w możności prawnicy i z którymi tembardziej nie dadzą sobie rady lekarze.

Ustawa karna w rozdziale o karach za przyczynienie kalectwa, ran i innych uszkodzeń, podaje takie kategorie gwałtu: art. 1477 określa karę za sprawienie: „ciężkiego kalectwa lub innego ważnego dla zdrowia szwanku“, do czego odnosi pozbawienie członków lub oszpecenie twarzy; art. 1478 poddaje karze: „mniej ciężkie kalectwo“; art. 1479 „nie tak ciężkie kalectwo“ warunkuje znęcaniem się i męczarnią; art. 1481 mówi o „ciężkiej ranie“; art. 1482 przewiduje karę za spowodowanie „rany“ lub kilku ran, ale „lekkich“; art. 1489 rozpatruje sprawienie: „ciężkich, groźących życiu, pobić, albo innych znęcań i męczarni“; nareszcie, art. 1533 przepisuje karę za przyczynienie „jakkolwiek nie groźnych dla życia poszkodowanego, jednakże ciężkich pobić“. Oto szereg artykułów, wyrosłych z jednego 349 ustawy karnej i skierowanych do ułatwienia różniczkowania kar, przy stosowaniu ich, za sprawienie gwałtu. Naturalnie, trzeba przypuszczać, że artykuły te były powołane do życia prawną, bliżej nam nieznaną koniecznością, ale zupełnie jest niezrozumiałe, dlaczego one obowiązują lekarzy-ekspertów, gdyż nie mają nic wspólnego z ich nauką. I w samej rzeczy, nie mówiąc już o tem, że z punktu widzenia prostej logiki wątpliwą jest prawidłowość takiego różniczkowania kary, bo właściwie karana być powinna zła wola, a nie mniej lub więcej szkodliwe jej skutki, na których jednak lekarz musi oprzeć swoje wnioski, chcąc nazwać uszkodzenie lekkim, mniej ciężkim lub ciężkim; to niepodobna pominąć tego czysto prawniczego sensu tych artykułów, najeżonych jeszcze takimi terminami, jak: zamiar, zamiar, obmyślenie, znęcanie się i męczarnie. Takie określenia stoją po za sferą kompetencji lekarzy, i jeżeli oni zaliczają *volens nolens* opisane przez się ślady gwałtu do kategorii uszkodzeń lekkich lub ciężkich i zgadzają się nazwać dane ślady znęcaniem się lub mękami, to czynią to zupełnie nielegalnie i samowolnie, bo nauka ich nie daje im żadnych w tym względzie wskazówek, i dlatego wnioski tego rodzaju należy uważać jako wynik osobistego ich na rzecz poglądu i ich osobistego „węchu“²⁾, jak dobrze nazwał to jeden z autorów, którzy pisali o tym przedmiocie.

Bezwątpienia, sądy, zmuszając lekarzy-ekspertów do stosowania się we wnioskach swoich do brzmienia przytoczonych artykułów ustawy karnej, robią to także *volens nolens*, gdyż muszą decydować podług tych artykułów,

²⁾ F. SZULC. Wiestnik obsz. gig., prakt. i sudieb. med. T. VIII. Ks. II. Rozd. III.

a same, bez pomocy biegłych, zrobić tego nie mogą, obawiając się omyłek. Ale czyż wymiar sprawiedliwości zyskuje na tem, że omyłki te stają się możliwe dla stron obu, t. j. dla sądu i ekspertyzy? A przecież jest to nietylko możliwe, ale w niektórych razach bezwarunkowo konieczne, jeżeli ekspertyza wnioski swoje zasadza nie na podstawie nauki, ale na osobistym „węchu“ biegłego.

Obecnie, jak wiadomo, kwestye, tu przytoczone, są rozpatrywane i na rozdział o uszkodzeniach cielesnych ustanowiony do tego komitet redakcyjny zwrócił należyłą uwagę. Wskutek tego powstał projekt nowego podziału uszkodzeń, podług następującej myśli przewodniej: za ciężkie uszkodzenia cielesne uważa się przyczynienie: choroby umysłowej, utraty wzroku, słuchu, języka, ręki, nogi, zdolności płciowej, oszpeccenia twarzy, rozstroju narządów zmysłów lub mowy, stałego uszkodzenia zdrowia, grożącego życiu; za mniej ciężkie uszkodzenia uważa się: osłabienie wzroku, słuchu, trudność wymowy, ograniczenie używalności kończyny, utratę zębów, utrudniającą żucie pokarmu i mowę, uszkodzenia narządów płciowych, nie pozbawiające zdolności płciowej, zeszpeccenia twarzy, nie pociągające za sobą zmiany czynności zmysłów i mowy, ranę przenikającą do jamy czaszkowej, piersiowej lub brzusznej, upośledzenie zdrowia, chwilowo groźne dla życia albo czynności narządów, wreszcie stały rozstrój zdrowia, niegroźny dla życia; lekkie uszkodzenia stanowią: sprawienie wszelkiego innego upośledzenia zdrowia, a także bólu i cierpienia, wywołanego uderzeniem lub innym czynem.

Jak widać z tego projektu, jest on bezporównania więcej ścisły, prawidłowy i szczegółowy, niż istniejące obecnie artykuły ustawy karnej, i jeżeli projekt ten będzie przyjęty i skodyfikowany, to można się spodziewać, że zadanie lekarza-eksperta przy dopełnianiu oględzin będzie się ograniczało na opisie znalezionych uszkodzeń bez zachodzenia w niewłaściwą dla niego sferę jurysprudeneyi.

Praktyczne zasady aseptycznego cewnikowania,

podał

D-r S. G R O S G L I K.

(Ciąg dalszy.—Zob. Nr. 22).

b) Odkazanie narzędzi elastycznych. Jak wyżej już nadmienilem, woda wrząca, jako niszcząca narzędzia elastyczne, nie nadaje się do ich wyjaławiania. Musimy się tu uciec do gorącego powietrza albo też do pary bieżącej. W szpitalach, gdzie można rozporządzać sterylizatorem powietrznym i wielką ilością narzędzi, można narzędzia elastyczne wyjaławiać gorącym powietrzem przy 140° C. Przy tym sposobie odkazania należy dbać, aby narzędzia były uprzednio należycie osuszone, oraz, ażeby nie były w zetknięciu ze ścianami sterylizatora. Ostatniemu warunkowi najlepiej uczynimy zadość, jeżeli umieścimy cewniki w cylindrach szklanych, zatkanych korkiem z waty. Dobrze jest na dnie cylindra umieścić kilka warstw gazy; ochraniamy w ten sposób dzioby cewników od zetknięcia z rozgrzanym szkłem. Również pamiętać należy, aby cylindry nie były napchane zbyt dużą ilością cewników, w prze-

ciwnym bowiem razie cewniki zlepiają się pod wpływem gorąca i stają się niezdatne do użycia. Wyjaławianie suchem gorącym wymaga, jak już wiemy, kilku godzin czasu.

Daleko dogodniej odkażać narzędzia elastyczne parą, z tym wszakże warunkiem, aby prąd pary był skierowywany przez światło cewnika i równocześnie odkażał zewnętrzną jego powierzchnię. Warunkowi temu czyni zadość przyrząd D-ra KUTNER'a z Berlina.

Przyrząd ten (fig. 3) składa się z naczynia blaszanego w postaci kolby około 45 ctm. wysokiej, zatkanej dużym korkiem. Korek ma we środku wydrążenie, przez które przechodzi mocna rura szklana w kształcie probówki, sięgająca prawie do dna naczynia blaszanego, na obwodzie zaś korka znajdujemy cztery dziurki, symetrycznie ułożone, przepuszczające rurki szklane długości około 5—6 ctm. Rura szklana również zatkana jest korkiem, który posiada otwór środkowy i cztery otwory na obwodzie. W otworze środkowym umieszczona jest rurka cylindryczna, w otworach zaś obwodowych rurki koniczne, końcami cienkimi zwrócone do wnętrza rury i służące do nasadzania cewników. Zewnętrzne końce tych czterech rurek połączone są z zewnętrznymi końcami rurek, umieszczonych w dużym korku, zapomocą rurek z kauczuku wulkanizowanego, dających się łatwo odczepić.

Sposób użycia jest następujący. Do naczynia blaszanego nalewa się około pół litra wody, zatyka korkiem dużym wraz z siedzącą w nim rurą szklaną odkrytą i stawia na ogniu. Tymczasem na rurki, tkwiące w korku mniejszym, nasadzamy cewniki, a gdy woda się zagotuje, o czym świadczą strumienie pary, wydobywającej się z rurek obwodowych w korku większym, wprowadzamy zawieszone na korku mniejszym narzędzia do rury szklanej, zatykamy ją i łączymy rurki obu korków rurkami kauczukowymi. Te ostatnie pozostają zawsze w połączeniu z rurkami szklanymi w korku mniejszym,

przy czynności zaś przyrządu nadziewamy je na rurki w korku dużym. Prąd pary bieży w kierunku, wskazanym przez strzałki t. j. z przestrzeni między rurą szklaną a naczyniem blaszanym dostaje się para przez rurki szlane w dużym korku i rurki kauczukowe do rurek w korku małym, stąd zaś do wnętrza cewników. Przez oczka cewników wydostaje się para do wnętrza rury szklanej, stąd zaś po opłukaniu zewnętrznej powierzchni cewników wydobywa się nazewnątrz przez rurkę środkową. W rurze szklanej oprócz czterech cewników można pomieścić i kilka zgłębników.

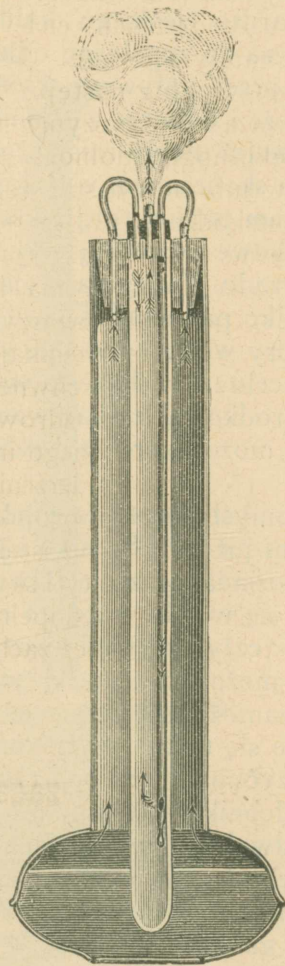


Fig. III. Przyrząd D-ra KUTNER'a do wyjaławiania cewników parą.

Dla przyśpieszenia całego zabiegu dobrze jest nalewać do naczynia blaszanego od razu wodę gorącą. Jako źródło ciepła służyć może zwykła kuchnia albo też lampka benzynowa. Osobiście posiłkuję się lampkami benzynowymi o spiralnym palniku; dają bardzo silny płomień i zapalają się bez spiryusu.

Przed nasadzeniem cewników należy się przekonać, czy są drożne. Również dbać należy, aby rurki kauczukowe nie były nigdzie zagięte.

Według KUTNER'a odkażanie w przyrządzie powyższym wymaga 7 minut czasu. Jakkolwiek wielokrotne doświadczenia, dokonane z zakażonymi cewnikami bardzo cienkiego kalibru (instyllatory), wykazały mi, że już 5 minut wystarcza do zupełnego odkażenia, pomimo to nigdy nie przerywam wyjaławiania przed upływem 15 minut. Tylko wówczas bowiem można być pewnym, że i odporne zarodniki, gdyby cewnik był nimi przypadkowo zakażony, również uległy zniszczeniu.

Po skończonem wyjałowieniu przerywamy komunikację między wywiązywaczem pary a rurą szklaną, przyczem, jak to już nadmieniliśmy, rurki kauczukowe pozostają przy małym korku, następnie rurę szklaną wyjmujemy z przyrządu. Narzędzia wyjałowione można w rurze zostawić aż do użycia, należy tylko pamiętać za każdym razem po skończonem wyjałowieniu o usunięciu z rury wody kondensacyjnej, jaka się tu zbiera w dość dużej ilości. Dobrze jest, w celu zabezpieczenia wnętrza rury od powietrza zewnętrznego *resp.* kurzu, rurkę środkową zatkać watą, zaś rurki kauczukowe zacisnąć lub podwiązać. Zresztą można korek z rurkami zupełnie usunąć i zatkać rurę watą wyjałowioną.

Pomysł swego przyrządu ogłosił KUTNER w końcu r. 1892. Przyrządu tego używam już od 1½ roku i jestem z niego najzupełniej zadowolony. Dla zalet, jakie posiada, oraz dla łatwości manipulowania, powinien przyrząd ten znajdować się w ręku każdego chorego, który musi sam się cewnikować. Nizka cena — cały przyrząd kosztuje 9 marek, mniejsze zaś modele na jeden cewnik dostać można za 4 marki 75 fen. — czyni go przystępnym nawet dla chorych mniej zamożnych.

Co się tyczy wytrzymałości narzędzi przy tym sposobie wyjaławiania, zauważyć muszę, że pod tym względem inaczej się zachowują cewniki, a inaczej zgłębniki. Własne moje cewniki wyrobu VERGNE'a, oraz cewniki angielskie jedwabne, wyjaławiane w przyrządzie KUTNER'a kilkanaście i więcej razy, w zupełności zachowały pierwotną gładkość i nadają się znakomicie do dalszego użycia. Również przekonałem się u chorych, którzy częstokroć mają gorsze gatunki wyrobu, że i te bardzo dobrze znoszą wielokrotne wyjaławienie w opisanym przyrządzie, pomimo, że cewniki stale się przechowują w rurze wilgotnej. Natomiast zgłębniki zupełnie nie nadają się do odkażania w przyrządzie KUTNER'a nie dlatego, by para szkodliwie działać miała, lecz z powodu następującego. Ktokolwiek miał do czynienia z przyrządem KUTNER'a, łatwo mógł się przekonać, że po skończonem wyjałowieniu, trwającem nawet nie dłużej, jak 6 - 7 minut, rura szklana zawiera dość dużą ilość wody kondensacyjnej. Ilość ta wynosi nie, jak utrzymuje KUTNER, 1—1¼ grm., lecz co najmniej około 6—10 grm. Wskutek tego zgłębniki, swobodnie stojące na dnie rury, nie tylko są tu wystawione na działanie pary, lecz końcami zanurzone są w wodzie, co z cewnikami, zawieszonymi na rurkach — przy dość znacznej odległości od dna rury — miejsca mieć nie może. Zgłębniki po takim wyjałowieniu posiadają końce chropawe wskutek uszkodzenia powłoki i do użytku się nie nadają.

Oprócz tej niedogodności, przyrząd KUTNER'a ma jeszcze inne braki. W przyrządzie tym dają się łatwo wyjaławiać tylko cewniki elastyczne i miękkie (NÉLATON'a). Uzupełnienia, świeżo dorobione dla narzędzi metalowych oraz dla materiałów opatrunkowych, znajdują wysoce niepraktycznymi. Przyrząd ten nie odpowiada przeto wszystkim potrzebom lekarza-praktyka

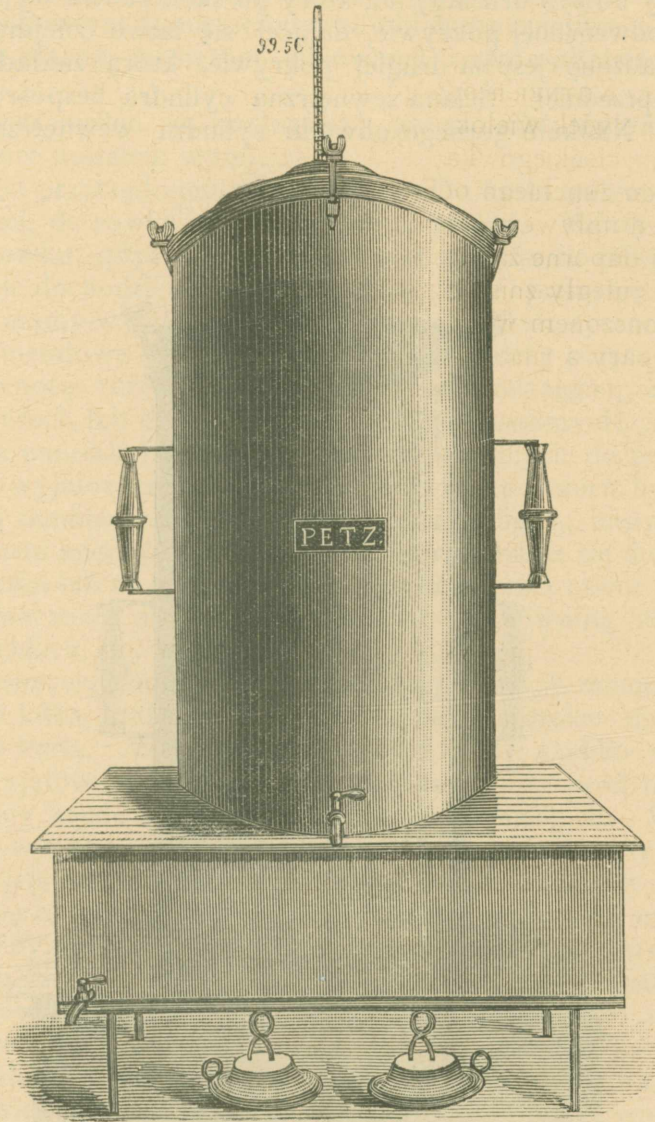


Fig. IV. Przyrząd pomysłu autora do wyjaławiania narzędzi metalowych, miękkich i elastycznych oraz opatrunków.

Mając na względzie wszelkie potrzeby urologa zarówno przy cewnikowaniu, jak i przy operacjach, starałem się zasadę przyrządu KUTNER'a zastosować w sterylizatorze własnego pomysłu. Przyrząd mój przedstawia połączenie przyrządu SCHIMMELBUSCH'a do wyjaławiania narzędzi metalowych ze zmodyfikowanym przyrządem parowym LAUTENSCHLÄGER'a. Składa się on (fig. 4 i 5) z kotła czworobocznego 45 ctm. długości, 25 ctm. szerokości i 10 ctm. wysokości, zaopatrzonego w pokrywę, oraz z cylindra podwójnego, ma-

jącego 45 ctm. wysokości i 19 ctm. średnicy wewnętrznej. Dla powiększenia powierzchni ogrzewanej dno kotła jest faliste, dla uniknięcia zaś straty pary naokoło swobodnego brzegu kotła znajduje się głęboki rowek (*a*), w którym zanurza się pokrywa (*Wasserverschluss*). W najniższej części kotła tuż nad dnem znajduje się kran do wypuszczania wody. Do wkładania i wyjmowania narzędzi służy koszyk druciany (*b*), który po skończonem wyjałowieniu można umieścić na odwróconej pokrywie, dającej się łatwo zdejmować. Cylinder podwójny osadzony jest na drugiej pokrywie, którą zakładamy na kocioł w miejsce poprzedniej. Ściana zewnętrzna cylindra bezpośrednio przechodzi w pokrywę. Naokoło górnego obwodu cylindra wewnętrznego przymoco-

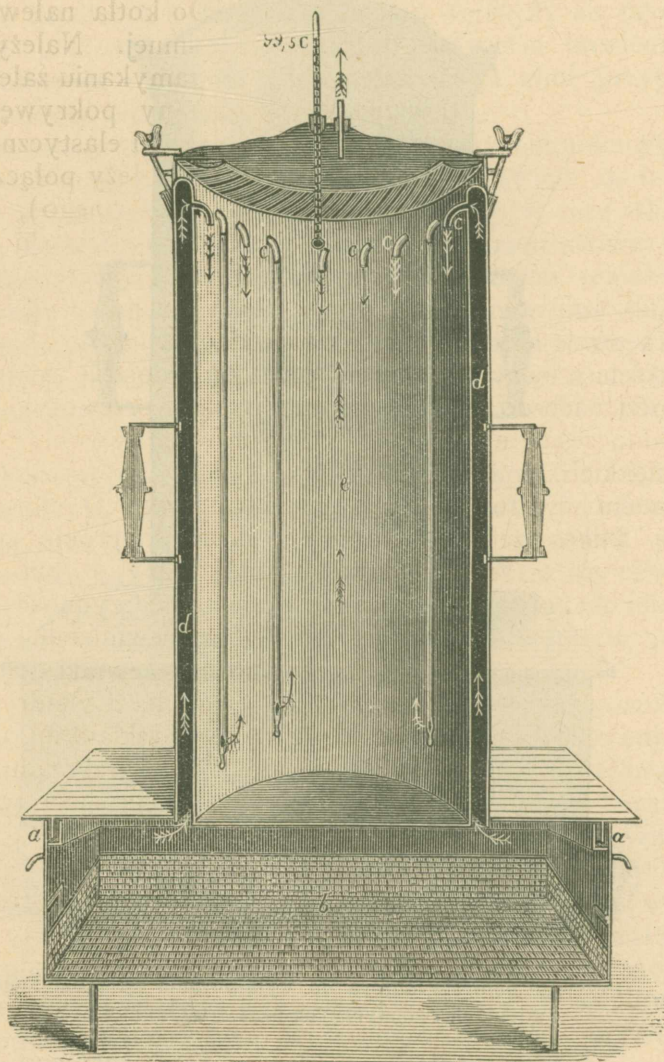


Fig. V. Przyrząd pomysłu autora w przecięciu.

wane są rurki metalowe (*c*) w liczbie 15, łączące przestrzeń między cylindrami (*d*) z wnętrzem cylindra środkowego (*e*). Cylinder ten posiada dno i w ten sposób para, wywiązująca się w kotle, może się dostać do cylindra środkowego tylko za pośrednictwem rurek. Cylinder zamyka się pokrywą, wyłożoną

asbestem, dla szczelnego przylegania. W pokrywie tej znajdują się dwa otwory: jeden dla termometru, drugi do odprowadzenia pary. Sposób zamykania cylindra podobny jest do zamknięcia w przyrządzie LAUTENSCHLÆGER'a. Oprócz otworu w pokrywie, do odprowadzenia pary dołem służy kran, łączący się z cylindrem środkowym i umieszczony tuż nad dnem cylindra. Cały przyrząd zbudowany jest z blachy mosiężnej niklowanej i stoi na czterech nóżkach żelaznych.

Do ogrzewania można się posługiwać gazem albo dwiema lampkami benzynowymi, które opisałem wyżej.

Sposób użycia przyrządu jest następujący. Do kotła nalewa się kilka litrów wody gorącej, do rowka zaś trochę wody zimnej. Należy unikać nadmiaru wody w rowku, gdyż inaczej woda przy zamykaniu zalewa przyrząd. Gdy woda w kotle dochodzi do wrzenia, zdejmujemy pokrywę i nasadzamy cylinder. Jeżeli mamy wyjaławiać cewniki i zgłębniki elastyczne, nasadzamy cewniki na rurki metalowe (bardzo cienkie numery należy połączyć z rurkami metalowymi zapomocą rurek z kauczuku wulkanizowanego), zgłębniki zaś umieszczamy w rurach lub cylindrach szklanych i wstawiamy do przyrządu. Jednocześnie można umieścić tu kilka rur pustych, służących do przechowywania cewników po wyjałowieniu. Otwór w pokrywie powinien być odetkany, kran zaś cylindra zamknięty. Para, jak to widać na fig. 5, bieży z wywiązywacza do przestrzeni między cylindrami, przez rurki dostaje się do wnętrza cewników, przez oczka ich do wnętrza przyrządu, skąd przez otwór w pokrywie nazewnątrż. Jednocześnie możemy w kotle gotować dowolną ilość narzędzi metalowych i miękkich.

Po skończonem wyjałowieniu, a zatem po upływie 15 minut, otwieramy cylinder na chwil kilka, ażeby dać parze tu zebranej szerokie ujście, poczem zdejmujemy go z kotła. W ten sposób resztki pary szybko się ulatniają i przedmioty wyjałowione osuszają się zupełnie. Czynność ta zapobiega tworzeniu się wody kondensacyjnej w rurach i na cewnikach. Wówczas zapomocą pincety, wygotowanej w kotle, przenosimy cewniki do rur lub cylindrów szklanych, jednocześnie w parze wyjałowionych. Cylindry te zatykamy watą wyjałowioną lub korkami kauczukowymi *resp.* szklanymi, uprzednio wygotowanymi. Ażeby uniknąć przekładania cewników z przyrządu do cylindrów szklanych, można cewniki odrazu w cylindrach wyjaławiać; rozumie się, że i w tym razie cewniki muszą być zawieszane na rurkach. Po wyjałowieniu pozostaje je tylko odczepić od rurek.

Podczas działania przyrządu para, wywiązująca się w kotle, całkowicie prawie zostaje skierowywana do przestrzeni między cylindrami. Pomimo, iż połączenie kotła z cylindrem podwójnym jest ruchome, ilość wydobywającej się przez szczelinę między kotłem a cylindrem pary jest bardzo mała, a to dzięki głębokiemu zamknięciu wodnemu, stawiającemu parze wodnej doskonałą zaporę.

Niejednokrotnie sprawdzałem ciepłość pary w przyrządzie i przekonałem się, że wynosi ona stale $99,5^{\circ}\text{C}$., jest zatem o cały stopień wyższa, aniżeli w znanym sterylizatorze parowym LAUTENSCHLÆGER'a. Przekonałem się również, iż narzędzia wychodzą z przyrządu prawie zupełnie suche, cylindry zaś szklane nie zawierają wcale wody kondensacyjnej — ważna zaleta pozwalająca na bezpieczne przechowywanie narzędzi w stanie aseptycznym.

Badania bakteriologiczne wykazały mi, że w przyrządzie tym narzędzia zostają odkażone parą w ciągu 5 minut.

Oprócz zaznaczonych wyżej zalet, przyrząd mój posiada i tę, że daje możliwość odkażania materiałów opatrunkowych, może zatem być użytecznym w ogólnej praktyce chirurgicznej. W tym celu do przyrządu dołączone są dwie puszkі, zbudowane na wzór puszek LAUTENSCHLÄGER'a. Przy wyjaławianiu opatrunków należy parę wypuszczać z przyrządu dołem, co daje się skutecznie przez zatkanie otworu w pokrywie i odkręcenie kranu.

Opisany przyrząd czyni zadość wszelkim wymaganiom chirurga. Wyjaławia naraz dużą ilość cewników i zgłębników elastycznych, pozwala jednocześnie wyjaławiać narzędzia metalowe i dostarcza jałowych materiałów opatrunkowych. Nadto, jeżeli dodamy, że narzędzia elastyczne wychodzą ze sterylizatora suche, co zapewnia łatwe przechowanie ich w stanie aseptycznym bez obawy uszkodzenia, oraz, że dostarcza on kilku litrów wody przegotowanej, niezbędnej przy wszelkich zabiegach chirurgicznych, dojdziemy do wniosku, że przyrząd mój odpowiada najzupełniej swemu zadaniu.

(C. d. n.).

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

67. E. LEVY. **Etyologia zapaleń opłucnej.** Zapalenie opłucnej zawsze bywa spowodowane przez momenty, wywołujące zapalenia wogóle, przeważnie przez drobnoustroje. Każdy z tych drobnoustrojów może wywołać zarówno surowiczy, jak i ropny wysięk. Zaziębienie, jak tego dowodzi doświadczenie kliniczne, gra pewną rolę w powstawaniu zapaleń opłucnej, zmniejszając odporność jej przeciwko drobnoustrojom.

Z pomiędzy tych drobnoustrojów pierwsze miejsce zajmuje lasecznik gruźlicy. Wielka odsetka chorych na zapalenie opłucnej w następstwie zapada na gruźlicę. Dawniej tłumaczono to w ten sposób, że zapalenie opłucnej wytwarza usposobienie do gruźlicy płuc, obecnie jednak wątpić nie możemy, że gruźlica tu jest przyczyną, a nie skutkiem. Jak często gruźlica stanowi przyczynę zapaleń opłucnej, niema zgody pomiędzy autorami. FLEMMING uważa gruźlicę za przyczynę zapalenia opłucnej w 42% przypadków, FIEDLER w 68%, RIWCHON w 100%; inni, jak WIDAL, DREYFUS-Brissac, nie przypisują gruźlicy tak wielkiej roli. W każdym razie pewnem jest, że w powstawaniu zapalenia opłucnej surowiczego gruźlica ma udział bardzo często, ropnego zaś rzadziej. MOHR wprawdzie znalazł gruźlicę w 15 przypadkach ropnego zapalenia opłucnej na 20 sekcji, a ŠKODA w 9 na 12, ale autor w 20, ściśle zbadanych klinicznie i bakteriologicznie ropnych zapaleniach opłucnej, zanotował gruźlicę tylko 5 razy, a NETTER, który badał bakteriologicznie największą ilość ropnych wysięków, określa odsetkę gruźlicy przy nich na 10%. Badanie na laseczniki gruźlicze wysięków surowicznych—drobnowidzowe i na drodze hodowli—zawodzi prawie zawsze, na drodze szczepień zwierzętom—bardzo często. Wyszukanie laseczników swoistych w wysiękach ropnych, pochodzenia gruźliczego, niezawsze się udaje, za to szczepienie tegoż wysięku zwierzętom zawsze daje wskazówki pewne. W celu szybkiego rozpoznania, autor posługuje się następującym sposobem: wstawia do termostatu (przy 37°) próbówki z ropą, zaszczerpioną na agarze; jeżeli po 24—48 godzinach nie rozwija się nic, mamy napewno do czynienia z gruźlicą. Wielkie znaczenie ma również badanie płwociny, pamiętać jednak należy, że u osobników gruźliczych zdarzają się zapalenia opłucnej pochodzenia niegruźliczego.

Prócz gruźlicy, zapalenia opłucnej wywołać może wiele innych cierpień, przede wszystkim wszelkie, nawet lekkie cierpienia płuc: różne rodzaje zapaleń płuc, zgorzel płuc, rozszerzenia oskrzeli, *bronchitis putrida*, zawał krwotoczny. Tak zwane przerzutowe zapalenia opłucnej powstają wskutek takich samych ognisk w płucach. Dalej wywołać mogą zapalenie opłucnej: nowotwory płuc, cierpienie gruczołów chłonnych śródpiersia; przez pośrednictwo dróg chłonnych—cierpienia amy brzusznej, a więc zapalenia otrzewnej, zapalenia kątnicy, ropień, rak i bąblo-

wiec wątroby, wrzód i rak żołądka i t. p.; cierpienia narządów sąsiednich, jak serca, osierdzia, wielkich naczyń, przelyku, przepony, klatki piersiowej, kręgosłupa i t. d. Drobnoustroje, wywołujące zapalenia opłucnej, powstałe na gruncie tak rozmaitych cierpień, muszą naturalnie być też rozmaite. Najczęstsze są pospolite drobnoustroje: *diplococcus pneumoniae* FRAENKEL'a, gronkowce i paciorkowce ropne, grające tak wielką rolę w etyologii cierpień płuc i normalnie gnieźdzące się w górnych częściach dróg oddechowych. Zapalenia opłucnej, wikłające sprawy rozpadowe gnilne, mają za przyczynę drobnoustroje ropne i gnilne; wysięki w tych razach mają zwykle charakter posokowaty, mogą jednak być i czysto surowicze. W wysiękach, wikłających nowotwory, drobnoustrojów naturalnie nie znajdujemy zupełnie.

Często zapalenie opłucnej wywołane jest przez *diplococcus pneum.* FRAENKEL'a; dawno już jest znana częstość powikłania włóknikowego zapalenia płuc przez wysięk opłucnowy, zjawiający się wraz z zapaleniem płuc lub części w jego przebiegu jako wysięk surowiczy, który przechodzi lub nie przechodzi w ropny. GERHARDT twierdzi, że wysięki, powiększające się jeszcze po 2-tygodniowym trwaniu, prawie zawsze przechodzą w ropne, co zdarzyć się jednak może i daleko wcześniej: na 3-ci lub 5-ty dzień choroby. Metapneumoniczne wysięki opłucnej prawie zawsze zawierają *diplococcus* FRAENKEL'a, który niezawsze ginie wraz z przesileniem zapalenia płuc. TALAMON opisał pierwotne zapalenie opłucnej, wywołane przez *diplococcus*; przypadki te jednak budzą pewną wątpliwość, czy po za wysiękiem opłucnowym nie było ukrytych jakich małych ognisk zapalenia płuc. W wieku dziecięcym dwie trzecie ogólnej liczby przypadków zapalenia opłucnej zależy od *diplococcus* FRAENKEL'a. *Diplococcus pneumoniae* wykrywamy w wysiękach opłucnowych drogą szczepienia na agarze i przeszczepiania królikom, które giną i we krwi których *cocci* nabierają charakterystycznych otoczek.

W wielu przypadkach zapalenia opłucnej znajdujemy w wysięku gronkowca ropnego, który może wywołać nie tylko wysięk ropny, ale i surowiczy (LEVY, ks. Ludwik FERDYNAND BAWARSKI, JAKOWSKI), również jak paciorkowiec ropotwórczy (GOLDSCHNEIDER), najczęstszy winowajca ropnych wysięków (w 60% przypadków tych ostatnich—NETTER). Oba te drobnoustroje spotykają się najczęściej w t. zw. ropnico - przerzutowych zapaleniach opłucnej. *Diplobacillus pneumoniae* FRIEDLAENDER'a spotyka się w wysiękach opłucnowych rzadko. ALBARRAN i HALLÉ zwrócili uwagę na udział *bacterii coli* w wytwarzaniu zapalenia opłucnej. Znaczną część zapalenia opłucnej, wikłających cierpienia przewodu pokarmowego i narządów moczowych, należy uważać za zależne od tego drobnoustroju.

Uraz gra także pewną rolę w etyologii zapalenia opłucnej: przy ranach drążących klatki piersiowej wymienione drobnoustroje mogą naturalnie z łatwością przeniknąć do jamy opłucnej i wywołać tam sprawę zapalną; ale i przy mniejszych urazach klatki piersiowej opłucna może być uszkodzona (*lädirt*), skutkiem czego zmniejsza się jej odporność, a więc powstają warunki do osiedlania się w niej drobnoustrojów, wywołujących zapalenie.

Bardzo wiele chorób zakaźnych ma mniejszy lub większy wpływ na powstawanie zapalenia opłucnej; mówiliśmy już o gruźlicy i zapaleniu płuc; prócz nich wspomnieć należy: odrę, płonice, ospę, grypę, gościec ostry. Często zapalenie opłucnej zjawia się w tych samych domach i warunkach, co gościec. FIEDLER opisał gościcową postać zapalenia opłucnej bez umiejscowień stawowych, szybko ustępującą pod wpływem kwasu salicylowego. Dur brzuszny, błonica, zapalenie opon mózgowodzeniowych, posocznica i róża często bywają powikłane przez zapalenie opłucnej (do której zarzek w dwóch ostatnich razach dostaje się drogą przerzutów przez pośrednictwo płuc lub wprost przez naczynia chłonne). Przymiot może wywołać zapalenie opłucnej nie tylko w okresie trzeciorzędnym przez pośrednictwo spraw chorobowych w płucach i kościach klatki piersiowej, lecz i w okresie drugorzędnym. Zaburzenia krwioobiegu sprzyjają powstawaniu zapalenia opłucnej. Zapalenia opłucnej, wikłające choroby zakaźne, mogą być wywołane przez te same zarazki, znane lub nieznanne, co i choroba główna (np. lasecznik tyfusu), albo przez drobnoustroje, wywołujące t. zw. zakażenia wtórne (np. gronkowiec przy błonicy).

Etyologia zapalenia opłucnej, jeszcze przed niewiele laty zupełnie ciemna, jest obecnie, jak widzimy, rzeczą znaną i dobrze opracowaną. Zawdzięczamy ten postęp wyłącznie bakterjologii.

(*Prager medicinische Wochenschrift*. 1895. N. 8—9).

Fr. Bellon.

68. **FUERST. Choroba Barlow'a (krzywica krwotoczna).** Pierwsze przypadki tej rzadkiej, a ciekawej choroby opisał MOEBLER (1857) pod nazwą „ostrej krzywicy“ („*acute Rachitis*“); obrzęk wokoło kości podłużnych (główny objaw chorobowy) zależy jest, podług niego, od zapalenia okostnej i sąsiednich części miękkich; spostrzegał on niekiedy również wylewy krwawe pod okostną i zapalenie działseł.

FOERSTER pierwszy wykazał, że opisany powyżej obrzęk zależy od wylewu krwawego pod okostną. SMITH (1875) opisał tę chorobę, jako „*hämorrhagische Periostitis der Diaphysen verschiedener Röhrenknochen mit Epiphysenlösung*“.

INGERSLEY (1872) i JALLAUD (1873) nazywali ją „gnilcem niemowlęcym“ („*scorbutus infantilis*“). CHEADLE najpierw określił ją jako „*Scorbut*“, później jako „*zu Rachitis hinzutretenden Scorbut*“, wreszcie jako „*osteale oder periosteale Cachexie mit Scorbut*“. Pierwszy BARLOW (1883) zebrał oddzielne spostrzeżenia innych autorów, dotyczące się tej choroby, krytycznie je rozebrał i przedstawił szczegółowo patologię tego cierpienia, które od tego czasu zupełnie słusznie nazywa się chorobą BARLOW'a. Wpływów dziedzicznych nie zauważono. Warunki higieniczne odgrywają względną rolę; choroba spostrzegać się daje tak wśród klas biednych, jakoteż i zaможных, a nawet bogatych. Najczęściej zdarzają się przypadki tego cierpienia w końcu zimy i podczas wiosny.

Cierpienia poprzedzające, szczególnie krzywica, warunkują większą skłonność do choroby BARLOW'a. Za najgłośniejszą przyczynę choroby ogólnie uważają nieodpowiednią dyetę. Dzieci, żywione sztucznie rozmaitymi przetworami mlecznymi i surrogatami, najczęściej jej ulegają. Według CHEADLE'a i BARLOW'a brak świeżych pokarmów roślinnych jest najgłośniejszą przyczyną choroby, lecz temu przeczy DREVITT. GARROD, CANTANI i inni są zdania, iż brak w pokarmach soli mineralnych, przede wszystkim fosforanu potasowego (*Kali phosphoricum*), warunkuje rozwój skazy krwotocznej *resp.* choroby BARLOW'a. Bardzo często chorobę BARLOW'a poprzedza lub też jej towarzyszy krzywica, której jednak za przyczynę wywołującą uważać nie można; inaczej bowiem spostrzegalibyśmy daleko częściej chorobę BARLOW'a pośród tak wielu dzieci krzywicowych. Związek między temi chorobami jest tego rodzaju, iż jak jedno, tak i drugie cierpienie zależy od nieprawidłowości w dyecie: brak w pokarmach fosforanu wapnia warunkuje powstanie krzywicy, brak fosforanu potasowego wywołuje rozwój choroby BARLOW'a; w razie zaś braku w pokarmach obu tych soli możemy otrzymać kombinację wyżej wymienionych chorób.

Na skórze spostrzegamy niekiedy wybroczyny, dość często ciastowate obrzęki (stopa, czaszka, grzbiet nosa). Na dotkniętych chorobą kończynach mięśnie są surowiczo naciezione, z wylewami krwawymi; okostna znajduje się w stanie przekrwienia, jest obrzękła, obfituje w naczynia; przeważnie na jej wewnętrznej powierzchni znajdujemy przesięk surowiczo-krwawy; okostna wzdłuż dyafizy jest oddzielona od kości zapomocą ciemno-czerwonego skrzepu krwi, w którym prócz włókienka zauważyć można komórki wędrujące, śródbłónki i nowopowstałe naczynia. BARLOW nazywa krwawy wylew pod okostną „anatomiczną podstawą choroby“ („*die anatomische Basis des Leidens*“). Dość często się zdarza oddzielenie nasad kostnych (*Epiphysenlösung*), szczególnie, kiedy chorobie towarzyszy krzywica. Niekiedy wylewy krwawe bywają na łopatkach, rzadko na czaszce, górnej lub dolnej szczęce. Do niestálych zmian anatomicznych należą wylewy krwawe i owrzodzenia na błonie śluzowej jamy ustnej, zaś do bardzo rzadkich także wylewy w kiszkiach, nerkach, płucach, opłucnej.

Pierwsze objawy choroby występują najczęściej w ostatniej 1/4 pierwszego roku życia: przed 4-ym miesiącem i po 2½ roku życia nie spostrzegano jej. Choroba występuje nagle, lub, jak to bywa najczęściej, zwiastuny trwają dni kilka: dziecko traci ochotę do stania, siedzenia, chodzenia, objawia silną drażliwość kośca. Po kilku dniach obrzmiewają części miękkie pewnej kończyny (najczęściej dolnej, wzdłuż uda lub goleni); obrzęk zmniejsza się w kierunku stawów, skóra naprężona, ucisk palca nie pozostawia śladu. W dalszym przebiegu choroby obrzęk się wzmacnia, naprężenie powłok również; jednocześnie bywają i obrzęki ciastowate, szczególnie na stopach i powiekach. Kończyna dolna (która najczęściej bywa dotknięta) jest unieruchomiona (*Pseudoparalyse* BARLOW'a), na wpół zgięta, rzadziej wyprostowana i zwrócona nazewnątrz; ruchów samodzielnych chorego unika, bierne są możliwe, lecz bolesne. Nakłucie lub nacięcie próbne przekonywa nas

o zależności opisanego obrzęku od wylewu krwawego pod okostną. Oddzielenie nasad kostnych wskazuje trzeszczenie, której zresztą wyczuć nie można w razie wylewu krwawego pomiędzy dya- i epifizą. Bardzo ważnym, choć niestałym objawem są zmiany błony śluzowej jamy ustnej, jakoto: zapalenie dziąseł, wylewy krwawe, *foetor ex ore*. W oddzielnych przypadkach spostrzegano wylewy krwawe w kiszka (REHN, POTT), nerkach (SHOPEE, GEE, de BRUIN, CONITZER), krwotoki nosowe. Co się tyczy innych objawów, to wspomnieć należy o braku łaknienia, niespokojnym śnie, wzmożonem wydzielaniu się potu. Zejście choroby bywa najczęściej pomyślne; do rzadkich przypadków należy przejście w ropienie; śmierć niekiedy następuje albo z powodu charłactwa, wycieńczenia, lub też z powodu powikłań (katar żołądka i kiszki, zapalenie oskrzeli, płuc, mózgu). Choroba trwa od 2—3 miesięcy. Nawroty możliwe.

Rozpoznajemy chorobę na zasadzie charakterystycznego przebiegu. Co się tyczy rozpoznania różniczkowego, to musimy mieć na względzie uraz, przy którym mamy inne objawy miejscowe, dalej przymiot wrodzony, przy którym mamy inne wywiady, zmiany na skórze i błonach śluzowych, wreszcie *osteitis* albo *osteomyelitis haemorrhagica*—chorobę, która przebiega wśród wysokiej gorączki i której zejście najczęściej bywa śmiertelne. O ile choroba jest dość wcześnie rozpoznana i odpowiednio leczona, rokowanie jest pomyślne. Śmiertelność jest bardzo nieznaczna. Świeże ciepłe powietrze, świeże krowie mleko przegotowane, sok mięsny, jarzyny domowe, sok cytrynowy lub pomarańczowy, oto środki higieniczno-dietetyczne przeciwko chorobie BARLOW'a; z wewnętrznych środków stosują żelazo, *syrup. ferri jodati, liq. kali acet., chininum*.

W końcu swej pracy autor wykazuje, o ile jest błędem zapatrywanie niektórych autorów na chorobę BARLOW'a, jako na zmodyfikowany gnilec, gnilec niemowlęcy („*scorbutus infantilis*“). Przedewszystkiem w krajach, gdzie tak częsty jest gnilec (Rosya), choroba BARLOW'a jest rzadką i naodwrot, w Niemczech, Północnej Ameryce, Anglii, Danii, Hollandyi, gdzie najwięcej spostrzegano przypadków choroby BARLOW'a, gnilec należy do rzadkich zjawisk; gnilec najczęściej występuje endemicznie, choroba BARLOW'a sporadycznie.

Wylew krwawy pod okostną bywa przy gnilecu bardzo rzadki, tymczasem jest to najgłówniejszy objaw choroby BARLOW'a; wylewy krwawe w skórze są przy gnilecu bardzo częste, przy chorobie BARLOW'a dość rzadkie; zupełnie odwrotnie ma się rzecz z oddzieleniem nasad kostnych; wreszcie zmiany dziąseł stanowią objaw patognomiczny dla gnileca; tymczasem podobne zmiany występują przy chorobie BARLOW'a niezawsze i w stopniu daleko słabszym. Zmiany te wskazują tylko, iż w chorobie BARLOW'a mamy do czynienia ze skazą krwotoczną (*diathesis haemorrhagica*), lecz iżby skaza ta była gnilem (*scorbutus*), bynajmniej jeszcze nie jest dowiedzione.

(*Archiv f. Kinderheilkunde Band XVIII, H. 1—2*).

J. Rosenberg.

69. MIKULICZ. O leczeniu wola i choroby Basedow'a karmieniem grasicą. Wyniki, otrzymane przez autora w 11 przypadkach wola, były takie same lub podobne do wyników, otrzymanych karmieniem gruczołem tarczowym. M. podawał chorym wyłącznie surowe grasicę baranie. Z początku dawka wynosi 10—15 grm. i powiększa się ją stopniowo do 25 grm. Chorzy otrzymują zwykle ściśle oznaczoną dawkę drobno posiekanego gruczołu z chlebem, trzy razy na tydzień. Tygodniowa dawka waha się zatem między 30—75 grm. Surowa grasicę posiada smak nieprzyjemny, chorzy przyjmują ją jednak bez wstrętu. Chociaż ilość podawanej grasicy w danych przypadkach była znacznie większą od ilości gruczołu tarczowego, zwykle stosowanej, to jednak nie zauważono szkodliwego ubocznego działania.

Przypadki M. dotyczyły przeważnie wola (10), jeden zaś tylko choroby Basedow'a. Wiek chorych wahał się między 13—28 m rokiem życia. W jednym przypadku rozlany przerost gruczołu znikł zupełnie w przeciągu dwóch tygodni, w 6-iu przypadkach zauważono znaczne zmniejszenie wola, w dwóch przypadkach gruczoł nieznacznie się zmniejszył, wreszcie w jednym przypadku wynik był ujemny. Już po 2-ch lub 3-ch tygodniach leczenia można sobie zdać sprawę o działaniu środka zupełnie tak samo, jak przy karmieniu gruczołem tarczowym.

Przy karmieniu grasicą powiększony gruczoł tarczowy zmniejsza się zazwyczaj bardzo szybko w pierwszych 8 lub 14 dniach, później zmniejszanie odbywa się znacznie wolniej.

Po upływie 5—6 tygodni nie spostrzegamy już żadnych zmian w gruczole przy dalszem karmieniu grasicą.

Przypadki, spostrzegane przez M., były przeważnie ciężkie, gdyż przysyłane były do kliniki chirurgicznej w celu wykonania tracheotomii. W 5 przypadkach leczenie grasicą usuwało utrudniony oddech i tracheotomia okazała się niepotrzebną, w jednym jednak przypadku M. musiał operację wykonać. Różnica pomiędzy leczeniem gruczolem tarczowym a leczeniem grasicą polega zdaniem M. na tem, iż przy karmieniu tym ostatnim gruczolem nie występują objawy uboczne, tak zwany przez anglików *thyrcoidismus*. Z wyjątkiem jednego przypadku, w którym w początkach leczenia wystąpiły bóle głowy, nie zauważono żadnych objawów ze strony stanu ogólnego, ani zmniejszenia wagi ciała, ani powiększenia ilości moczu, ani wreszcie przyspieszenia tętna. Ilości podawanego gruczolu były dość znaczne i dochodziły do 300 grm. w przeciągu 5 tygodni, a w przypadku choroby BASEDOW'a nawet do 375 grm. w przeciągu 6 tygodni. Znaczne zmniejszenie wagi ciała przy karmieniu gruczolem tarczowym występuje, jak wiadomo, nietylko u chorych na *myxoedema*, lecz i u innych osobników, zwłaszcza otyłych. LEICHTENSTERN nawet na tej zasadzie opiera swą metodę odtłuszczającą. BRUNS nie widział u chorych, cierpiących na wole, ani ubytku wagi ciała, ani też zboczeń w stanie ogólnym, a jednak radzi ostrożne dawkowanie środka i uważa za najwyższą dawkę dla dorosłych 10 grm., a dla dzieci 5 grm. gruczolu tarczowego na tydzień. Dawka grasicy, stosowana przez MIKULICZA, jest 5—6 razy większa.

W przypadku choroby BASEDOW'a, leczonym grasicą, powiększony gruczoł tarczowy zmniejszył się nieznacznie, natomiast inne objawy, jak tachykardia, bicie serca i *exophthalmus*, znacznie się poprawiły. M. sądzi, iż pod wpływem grasicy nastąpić musiało niewidoczne wprawdzie, lecz dość znaczne zmniejszenie gruczolu tarczowego, gdyż tylko w ten sposób można sobie wytłomaczyć ustąpienie duszności. Prawdopodobnie grasicą wywiera prócz tego bezpośredni wpływ na objawy nerwowe choroby BASEDOW'a. Nie ulega wątpliwości, że w przypadku choroby BASEDOW'a, leczonym metodą M., wystąpiła poprawa, wbrew zdaniu autorów, utrzymujących, iż podawanie gruczolu tarczowego wpływa ujemnie na stan takich chorych. O fizyologicznem znaczeniu grasicy wiemy bardzo niewiele. Znaczenie grasicy dla wzrostu i dla przemiany materii ustroju dziecięcego nie jest również dostatecznie wyjaśnione. Przerost grasicy i istnienie jej w późniejszym wieku stoi jednak w pewnym związku z zaburzeniami ustroju. Zne są np. przypadki nagłej śmierci u dzieci z przerostą grasicą, tak zwany *Thymusdrot*, i przypadki śmierci podczas usypiania chloroformem, w których spostrzegano przerost lub istnienie grasicy w późniejszym wieku. W ciężkich przypadkach choroby BASEDOW'a istnieje obok powiększonego gruczolu tarczowego i przerost grasicy. Gruczoł tarczowy i grasicą nie mogą się wzajemnie zastępować, gdyż swoiste chemiczne części składowe tych gruczolów są różne. Działanie zatem karmienia grasicą różnić się będzie od działania karmienia gruczolem tarczowym, pomimo jednakowego wpływu na wole. Decydujące znaczenie w tym względzie mogą mieć doświadczenia z grasicą przy *myxoedema*, gdyż wyniki lecznicze w tych przypadkach mogą być osiągnięte tylko zapomocą środka, posiadającego swoiste części składowe, odpowiadające gruczolowi tarczowemu.

(Berl. klin. Woch. N. 16. 95. r.).

G.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 7 maja r. b.

TREŚĆ: 1) RAUM — a) przedstawienie chorego po wycięciu guza, wychodzącego z żołądka i okrężnicy poprzecznej; b) przedstawienie okazów drobnowidzowych z pęcherzyka żółciowego, rakowato zwyrodniałego. 2) GRZANKOWSKI — przedstawienie chorej po *vaginofixatio uteri*. 3) BREGMAN — przedstawienie chorego z obustronnem porażeniem nerwów twarzowych. 4) DOBROWOLSKI — przedstawienie 3 chorych dzieci z polipami uszów. 5) BORYSSOWICZ — odczyt: „Wynik 20-tu operacji, dokonanych w celu doszczętnego leczenia nowotworów złośliwych macicy“.

1) Kol. RAUM przedstawił a) 55-letniego mężczyznę, strażnika ziemskiego, który przybył do szpitala praskiego 26 stycz. 1893. Z wywiadów dowiedziano się, że przed 8 tygodniami poczuł on po raz pierwszy ból tępy w podżebrzu lewem. Wkrótce po-

tem zjawilo się wzdęcie brzucha, a następnie wymioty, wskutek których chory wychudł i osłabł. Przy badaniu znaleziono w części górnej brzucha guz mało ruchomy, wielkości głowy noworodka, o wyraźnych granicach, sięgający poniżej pępka. 3 lutego R. wykonał operację. Poprowadziwszy cięcie od wyrostka mieczykowatego do spojenia łonowego, R. przekonał się, że pod nad guzem wejść do jamy otrzewnowej nie mógł. Udało to się uczynić poniżej guza, a palcem, włożonym przez otwór, zrobiony w otrzewnej, R. przekonał się, że guz zróżniety był swoją powierzchnią przodową z mięśniami brzucha. Okroiwszy naokoło mięśnie na granicy zrostu z guzem, R. wydobyl go z jamy brzusznej i stwierdził, że wychodził on z żołądka i okrężnicy po przeczej. Wobec tego o leczeniu doszczętnem mowy być nie mogło, przyczem i tętno chorego coraz stawało się słabszem. Guz obcięto tuż przy żołądku i okrężnicy i otrzymane przecięcie guza przypalono PAQUELIN'em. Szew węzełkowym skóry operację zakończono. Przebieg pooperacyjny był nader pomyślny, pomimo dużego braku w otrzewniach brzucha i otrzewnej ściennej. 28/3 93 chory opuścił szpital i powrócił do swych zajęć. Guz wyjęty okazał się nowotworem zapalnym, w środku którego znaleziono złamaną oś rybią długości 2,5 ctm. Chory nie przypomina sobie, ażeby połknął kiedy jakąkolwiek oś.

b) Następnie R. przedstawił dwa okazy drobnowidzowe ze ściany rakowato zwyrodniałego pęcherzyka żółciowego, pochodzącego od 53-letniej kobiety, która przybyła do szpitala praskiego w końcu grudnia 1892 r. z objawami żółtaczki i kolki wątrobowej. Przy badaniu znaleziono w podżebrzu prawem guz dość twardy, kształtu pęcherzyka żółciowego. Z wywiadów dowiedziano się, że chora od lat wielu cierpi na kolkę wątrobową i że kilkakrotnie przechodziła żółtaczkę, która obecnie trwa od 3 tygodni. Bólo dokuczliwe i żółtaczka stanowiły dla R. wskazanie do operacji. Cięcie przez skórę i mięśnie R. poprowadził w podżebrzu prawem, równoległe do żeber, poczem, otworzywszy otrzewną, przekonał się o zwyrodnieniu rakowem pęcherzyka żółciowego i wątroby. Usunięcie doszczętnie nowotworu okazało się niemożliwym, wycięto przeto w celach rozpoznawczych, drażąc do wnętrza pęcherzyka żółciowego, podłużny kawałek jego zwyrodniałej ściany; następnie wyjęto z pęcherzyka swobodnie w nim leżący kamień o średnicy 2,8 ctm., w końcu nałożono szew. Po 12 dniach chora opuściła szpital, lecz bez polepszenia. Badanie drobnowidzowe wykazało, że nowotwór jest rakiem wielko- i okrągło-komórkowym. W licznych ogniskach rakowych widać obok komórek olbrzymich, jednojądrowych, jeszcze większe komórki z 15 i 20 jądrami, w zarodki których przy wpatrywaniu się pilniejszym dostrzedz można wąziutkie, jasne smugi, wskazujące, że komórki wielojądrowe powstały tu ze skupienia i zlania się kilku lub kilkunastu mniejszych komórek.

2) Kol. GRZANKOWSKI przedstawił chorą, która przybyła do szpitala Dz. Jezus z powodu bezwiednego wyciekania moczu, zależnego od tylopochylenia macicy. Po ustaleniu macicy w przodopochyleniu zapomocą *vaginofixatio uteri* chora została wyleczona.

3) Kol. BREGMAN przedstawił 26-letniego chorego z *diplegia facialis*. Z wywiadów dowiedziano się, że 21/IV chory poczul ból silny w okolicy szyjowo potylicowej prawej. We 2 dni później dopiero zauważył, że mu się twarz wykrzywiła i że nie był w stanie zamknąć prawego oka. Po kilku dniach przyłączyły się bóle i parestezye na twarzy głównie ze strony prawej, przed kilku dniami wystąpiły parestezye w kończynie górnej prawej, przyczem ręka prawa nieco osłabła. 29 IV przybył do szpitala Ś-go Duchy, gdzie znaleziono zupełnie porażenie nerwu twarzowego prawego z zachowaniem całkowitem oddziaływania na prąd. Strona lewa twarzy poruszała się dobrze i dopiero 6/V wystąpiło nagle porażenie nerwu twarzowego lewego, tak, że obecnie stwierdzić można zupełnie porażenie twarzy. Wszelkie ruchy mimiczne są zniesione, chory nie jest w stanie ani śmiać się, ani czoła zmarszczyć. Oczów zamknąć nie może. Żrenice są równe, oddziałują dobrze. Ruchy gałek ocznych prawidłowe. Mowa jest zrozumiała, ale niezupełnie wyraźna. Ruchy języka prawidłowe. Na przodowej części języka smak jest przytępiony. Języczek odchylony wlewo. Oczucie w twarzy prawidłowe. Punkty uciskowe nerwów nadoczodołowego, szczękowego (*supramaxillaris*), są bolesne, zwłaszcza ze strony prawej, również pewne punkty w okolicy potylicowej. Słuch z obu stron dobry, ze strony prawej *hyperakusis*. Kończyna górna prawa jest słabsza od lewej. Odruchy ścięgnowe trochę wzmożono. W narządach wewnętrznych zmian nie znaleziono. Chory przymiotu nie przechodził, napojów wysokowych nie nadużywał.

Rozbierając przypadek powyższy, B. przychodzi do wniosku, że porażenie należy uważać jako czysto obwodowe i że według znanego szematu Erb'a cierpienie nieraz dochodzić musi ze strony prawej aż do oddzielenia się *n. stapedi*, a z lewej dosięga załdwie struny bębenkowej. Etyologia nie jest wiadoma. Ważnem jest, że zaburzenia nie ograniczają się w danym przypadku do samych nerwów twarzowych, lecz dotyczą i innych nerwów: trójdzielnych, potylicowych, spłotu ramieniowego prawego. Bolesność punktów uciskowych tych nerwów przemawia za tem, że i one są dotknięte obwodowo. Jest to więc zdaniem B. poniekąd przypadek *polyneuritidis* z umiejscowieniem szczególnem. Przebieg dalszy pokaże, czy przypuszczenie to jest słuszne i czy zaburzenia ograniczą się do zajętych obecnie nerwów, czy też przejdą na inne jeszcze. Porażenie obwodowe samoistne nerwów twarzowych nałoży do bardzo rzadkich cierpień. HUEBSCHMAN w całej literaturze z ostatnich lat 50 znalazł wszystkiego 18 przypadków.

4) Kol. DOBROWOLSKI przedstawił 3 przypadki polipów uszów u dzieci, różniące się zejściem i przebiegiem klinicznym. Przypadek 1-szy dotyczył 10-letniego chłopca, który od urodzenia cierpiał na wyciek ropny z obu uszów, w 2-im roku życia ogłuchł i zaniemówił i u którego D. w listopadzie 1834 r. znalazł ropotok i bardzo duże polipy, wystające z uszów na 2 ctm. Polipy usunięto petlą zimną, resztki wypalono żegadłem galwanokaustycznym, następnie w ciągu 3 miesięcy leczono zapalenie ropne, które wreszcie przeszło. Słuch stopniowo poprawiał się, równocześnie wracała mowa. Obecnie chory ma słuch nieco więcej, niż $\frac{1}{2}$ prawidłowego, mowa niezła, nieco przytłumiona. Przy badaniu uszów znajdujemy znaczne bardzo rozszerzenie przewodów zewnętrznych, brak bębenków i kosteczek słuchowych w obu uszach. Ropienia niema w uchu lewem, w prawem nieznaczne i resztki polipów. Usunięto polipy były włókniakami.

Przypadek 2-gi dotyczył 1 $\frac{3}{4}$ -letniej dziewczynki, która od 4 miesięcy cierpi na ropotok z ucha lewego i u której przed 2 miesiącami zauważono w uchu lewem polip. Wkrótce wystąpiła asymetria twarzy, uwydatniająca się szczególnie przy płaczu i ssaniu, niezamykanie oka lewego i t. p. D. rozpoznaje polip śluzowy, wychodzący z ucha średniego, próchnienie kości skalistej i obwodowe porażenie nerwu twarzowego lewego. D. nadmienia, że podobny przypadek opisał SCHWARTZE i że po usunięciu polipa ustąpiło i porażenie nerwu twarzowego.

3-ia przedstawiona chora była to dziewczynka, 2 $\frac{1}{2}$ lat licząca, u której D. znalazł ropotok z ucha lewego, polip w przewodzie zewnętrznym lewym i przetoki naokoło ucha, dochodzące do spróchniałej kości skroniowej. Pomimo obszernego próchnienia kości, ani porażenia nerwu twarzowego, ani innych groźnych objawów nie wykryto. Przedstawieni chorzy pochodzą z warszawskiego szpitala dla dzieci.

5) Kol. BORYSOWICZ w odczycie swym p. t. „Wynik 20-tu operacji, dokonanych w celu doszczętnego leczenia nowotworów złośliwych macicy”, zalicza do rzędu rękoczynów doszczętnych przy raku macicy nie tylko wycięcie całkowite narządu, lecz i odcięcie nadpochwowe szyi macicznej, a nawet i amputację części pochwowej, a to w miarę możliwości zupełnego usunięcia nowotworu złośliwego, przez zastosowanie mniej lub więcej rozległego zabiegu operacyjnego. Jeżeli jednak, przystępując do którejkolwiek z tych operacji, można już naprzód ocenić, że się nie uda całkowicie usunąć nowotworu złośliwego, lub jeżeli to się ujawni podczas dokonywania operacji, to rękoczyny te, nie wyłączając i wycięcia macicy, mówca uważa za objawowe. Zaliczając amputację odcinka dolnego macicy przedsiębrane w okresie początkowym rozwoju raka części pochwowej, do rzędu rękoczynów doszczętnych, B. nie stawia tych operacji, pod względem skuteczności w zapobieganiu powrotom cierpienia, narówni z wycięciem całkowitem macicy, pomimo, że odsetki wyzdrowienia po obu tych zabiegach operacyjnych nie przedstawiają znacznej różnicy. Ujemne strony amputacji, w porównaniu z wycięciem macicy całkowitem, mówca ujawnia, zwracając uwagę na okoliczności następujące: 1) że nawet w okresie początkowym rozwoju raka części pochwowej nie można dokładnie określić, jak daleko od pierwotnego ogniska mogą wnikać pierwiastki nowotworu w pozornie zdrowy miąższ macicy; 2) że przy raku odcinka dolnego macicy mogą się zdarzyć jednocześnie guziki lub nacieczenia tego nowotworu w trzonie macicy, oddzielone od nowotworu rozpoznanego zupełnie zdrowymi tkankami macicy (ABEL, SCHAUTA, FRITSCH, KRYSIŃSKI); 3) że oprócz ogólnego usposobienia danego osobnika do nowotworów złośliwych, nie należy lekceważyć i wyłączonej skłonności pewnych narządów do zwyrodnień rakowatych. Jeżeli więc nawet

uda się doszczętnie usunąć raka części pochwowej zapomocą odjęcia szyi macicznej, to po tym zabiegu nie można być pewnym, czy pozostawiona część narządu nie posiada lub nie nabędzie z czasem skłonności do dania warunków, sprzyjających rozwojowi raka. Uwzględniając te okoliczności, obniżające wartość operacyi częściowych pod względem zapobiegawczym, B. sądzi, że odsetka powrotów cierpienia znacznie się zmniejszy, jeżeli w przypadkach, nadających się do amputacyi, będzie dokonywane całkowite wycięcie macicy.

Przypadki raka macicy wogóle mówca dzieli na dwie grupy. Do 1-oj zalicza te, w których nowotwór złośliwy nie przekracza poza mięsz macicy lub błonę mięśniową sklepien pochwy; są to przypadki raka, nadające się do operacyi doszczętnych. Do 2-oj grupy B. włącza wszystkie przypadki raka macicy, w których badanie ginekologiczne ujawnia wyraźne zajęcie przez sprawę nowotworową tkanek, otaczających macicę, lub narządów, z nią sąsiadujących h. W przypadkach tych wskazano jest tylko postępowanie objawowe lub operacye paliatywne w nadziei przyniesienia ulgi czasowej chorym. Przypadki, należące do tej grupy, zdarzają się praktyce najczęściej i stanowią $\frac{3}{4}$ — $\frac{1}{5}$ ogólnej liczby chorych, szukających pomocy lekarskiej z powodu raka macicy.

B. sądzi, że mięsz macicy, złożony z włókien mięśniowych, krzyżujących się w kierunkach rozmaitych i połączonych przez włókna zbitej tkanki łącznej, może przez czas dłuższy skutecznie zapobiegać szerzeniu się raka na tkanki otaczające macicę. Dlatego też rak trzonu i szyi macicznej znacznie dłużej, niż rak części pochwowej, może pozostać jako cierpienie miejscowe i po operacyach daje znacznie większą odsetkę wyzdrowień, niż ten ostatni. Rak części pochwowej, szerząc się na sklepienia pochwy o cienkiej błonie mięśniowej, lub zajmując gruczoły maciczne, przenikające czasem całą grubość mięszu części pochwowej, łatwiej przedostaje się w luźną tkankę, otaczającą pochwę i szyję maciczną.

B. przytacza porównanie prof. PRZEWOSKIEGO mięszu macicy z błoną białą jądra (*albuginea*), która, będąc złożona ze zbitej tkanki łącznej, stanowi również zapórę do szerzenia się nowotworów złośliwych odwewnątrz na tkanki, otaczające jądro. Następnie mówca sądzi, że rak macicy wogóle dłużej, niż rak innych narządów ustroju, pozostaje cierpieniem miejscowym i z tego powodu mniema, że przestrzenie i naczynia chłonne, przebiegające przez kurezliwy mięsz macicy, ulegają zwężeniu i stają się przez to mniej zdolne do przenoszenia pierwiastków nowotworu złośliwego do tkanek, otaczających macicę. Im więc grubsza warstwa zdrowego mięszu macicy jest otoczony nowotwór, tembardziej można liczyć na rokowanie pomyślne po dokonaniu operacyi doszczętniej. Na tej zasadzie autor dzieli przypadki raka macicy, nadające się do operacyi doszczętnych, a zatem należące do 1-szej grupy, na 2 kategorie:

I. Przypadki raka macicy w okresie wcześniejszym rozwoju sprawy nowotworowej, w których guz lub owrzodzenie rakowate jest otoczone przez tkankę mięśniową macicy, która przy badaniu ginekologicznem wydaje się niezmienioną.

II. Przypadki raka macicy w okresie późniejszym rozwoju sprawy nowotworowej, gdzie zachodzi wątpliwość, czy zajęte sklepienie pochwy lub zgrubiała szyja maciczna nie uległa już całkowicie zwyrodnieniu nowotworowemu, lub też czy guziki lub powrózki, wyczuwane w tkance przymacicznej, oraz skócenia więzadeł macicznych zależą od przebytych spraw zapalnych lub też od nacieczon nowotworowych. Przedstawiając wyniki 20 przypadków raka macicy, operowanych w celu leczenia doszczętnego, B. zalicza do 1-szej kategorii 9, do drugiej zaś 11 przypadków. Z 9 iu przypadków 1-oj kategorii, B. wyłącza przypadek grzlicy pierwotnej części pochwowej macicy, która przedstawiała się jako guz nieznacznie kruchy, o powierzchni gładkiej, wielkości jaja kurzego. Guz ten wypełniał pochwę i łądząc był podobny do raka części pochwowej. W przypadku tym B. wykonał odjęcie nadpochwowe szyi macicznej, w której po zbadaniu prof. PRZEWOSKI wykazał sprawę grzliczą. Operowana, pochodząca z rodziny grzliczej, zmarła w 6 lat po operacyi z suchot płuc, bez odnowienia się cierpienia w bliźnie pooperacyjnej.

Z pozostałych 8 przypadków 1-oj kategorii, B. wyłączył również przypadek raka części pochwowej, powikłany ciążą 2 - miesięczną, który zakończył się śmiercią 7 dnia po wycięciu całkowitem macicy. Jedyne ten przypadek zejścia śmiertelnego, na 18 wycięć całkowitych macicy, zdarzył się nie po operacyi, lecz wskutek zakażenia posoczniczego, które się ujawniło w kilka godzin po zbadaniu chorej. Wycięcie macicy, dokonane na drugi dzień, nie zdołało zapobiedz rozwojowi posocznicy i zejściu śmiertelnemu. Ponieważ badanie odbyło się z zachowaniem przepisów przeciwnil-

nych, sądzi więc B., że zarazek dostał się podczas sondowania macicy z powierzchni rozpadającego się nowotworu pomiędzy macicę i błony płodowe. Z powodu powtarzających się od 3 miesięcy krwotoków macicznych, ciąża nie była podejrzywana w tym przypadku i dopiero podczas operacji została ujawniona.

Z 7 pozostałych przypadków raka macicy, zaliczonych do 1-ej kategorii, z których w jednym autor amputował część pochwową, w pozostałych zaś 6-iu dokonał wycięcia macicy całkowitego, w jednym tylko przypadku nastąpiło odnowienie się cierpienia, w 6-iu zaś dotąd nie ujawniły się żadne objawy powrotu sprawy nowotworowej, mianowicie: 1) operowana w Nałęczowie z powodu raka części pochwowej, żyje lat 10; 2) K. rak części pochwowej, żyje lat 6; 3) T. rak trzonu macicy, żyje 4 1/4 lat. 4) J. rak części pochwowej, 3 lata; 5) R. rak części pochwowej, powikłany torbielą więzadła szerokiego lewego, lat 2 3/4. W przypadku tym kol. GROMADZKI dokonał celotomii, gdy tymczasem B. wyluszczał macicę przez pochwę; 6) R. rak części pochwowej, żyje lat 2.

Z 11 przypadków, zaliczonych do 2-ej kategorii, B. wyłączył jeden przypadek wycięcia macicy, dokonanego przy raku szyi macicznej (część pochwa zdrowa), w którym wynik operacji jest wątpliwy z tego powodu, że chora zmarła w 4-ym miesiącu po operacji z powodu szybkiego rozwoju i zgorzeli torbieli obu jajników. Z 10 przypadków pozostałych w 9 nastąpiło odnowienie się cierpienia w ciągu 2—3 miesięcy i zejście śmiertelne po 9—15 miesiącach po operacji. Jedyny przypadek pomyślny dotyczy p. S., operowanej w Zakł. Gin. przed 4 laty, która jako zupełnie zdrowa miała być przedstawiona na posiedzeniu. W przypadku tym B. wyluszczył macicę po wycięciu górnej 1/3 części pochwy, z powodu raka, który zniszczył część pochwową, zajął skłopienia i, jako owrzodzenie o dnie twardem, rozszerzył się do 1/3 części górnej przedniej ściany pochwy. Tu B. zwraca uwagę, jak doniosłe ma znaczenie, pod względem rokowania, rozpoznanie wczesne i wcześniej dokonana operacja, gdyż z 7-iu przypadków raka macicy, operowanych we wczesnym okresie rozwoju sprawy nowotworowej, miał 6 zejść pomyślnych, z 10 zaś, operowanych w okresie późniejszym, zaledwie jeden przypadek zakończył się szczęśliwie. Po wyłączeniu przypadku gruźlicy, zgonu z pociemnienia i zejścia śmiertelnego bez odnowienia się cierpienia w 4 miesiące po operacji, z 17 pozostałych przypadków raka macicy, operowanych doszczętnie, B. otrzymał 7 wyzdrowień, t. j. 41 1/6%.

Przeciętny wiek operowanych wynosił 42,7 lat, 2 najmłodsze liczyły 30 i 31 lat, z nich 31-letnia wyzdrowiała (10 lat). Najstarsza liczyła 53 lat. Zameężnych było 16, niezameężnych 3. Przeciętna ilość porodów i poronień była 5,8. Największa liczba porodów 12, najmniejsza 1. Dziedzicznego usposobienia do raka w przypadkach operowanych B. nie spostrzegał ani razu. Z 19 przypadków operowanych 1 był rak sromu, 1 szyi, a 17 części pochwowej. Następnie B. wylicza przypadki raka macicy powikłane: 1 ciążą dwumiesięczną, 1 torbielą więzadła szerokiego lewego, 2 przypadki mięsakami mięszzowymi, 1 mięsakiem więzadłowym, w jednym nakoniec przypadku B. dokonał wycięcia macicy z powodu powrotu raka po amputacji szyi macicznej, wykonanej w instytucie położniczym.

Z operowanych tylko jedna była Żydówka, co w zestawieniu z tym faktem, że w ciągu 22-letniej praktyki lekarskiej B. 6 razy tylko spostrzegał nowotwory złośliwe u Żydówek, upoważnia go do wypowiedzenia zdania, że rak narządów płciowych u Żydówek zdarza się rzadko, co zależy od przestrzegania przepisów higienicznych w życiu płciowym tej rasy, a, być może, i od pewnego rodzaju odporności ustroju na bodźce, wywołujące powstawanie raka.

Dalej mówca zastanawia się nad przyczynami powrotu raka po operacjach doszczętnych i zaznacza, że najczęstszem źródłem powrotów cierpienia jest pozostawienie w ustroju nienamacalnych nacieczeń nowotworowych poza granicami pola operacyjnego; dalej B. uważa za możliwe zaszczerpienie cząstek raka w zdrowe tkanki w czasie operacji i nakoniec zalicza do przyczyn powrotów cierpienia pewnego rodzaju usposobienie osobniczo chorych do raka. Na poparcie możliwości zaszczerpienia w ranę podczas operacji, B. przytacza przypadek, zakomunikowany mu przez prof. JORDANA, który od końca roku zeszłego spostrzegał w klinice krakowskiej pojawienie się guzków rakowych wzdłuż blizny wargi sromnej wielkiej, po dokonaniem przecięciu tej wargi podczas wyluszczenia guza rakowatego z pochwy. Dalej B. przedstawia macicę, wyciętą z jajnikami, z powodu zaledwo rozpoczynającej się sprawy nowotworowej na wewnętrznej powierzchni wargi tylnej. W przypadku tym nastąpiło

tak szybko odrodzenie się raka, że lekarze kijowscy, badając chorą w 2 miesiące po operacji, dokonanej przez jednego z kolegów w Warszawie, zaproponowali chorej doszczętną operację, sądząc, że guz pozostały w bliźnie, jest niewyciętą macicą, zajętą przez nowotwór złośliwy. B. zamierza z macicy tej zrobić serye skrawków, żeby się przekonać o topografii szerzenia się raka nazewnątrż od pierwotnego ogniska i, jeżeli nie wykryje przejścia nowotworu na tkankę przyszyjową, przypadek ten posłuży mu za jeden z dowodów przeszczepialności raka.

Na zakończenie B. stawia ważne pytanie: w jakim czasie po operacji doszczętniej można uważać chorą za zabezpieczoną od powrotu raka i odpowiada na nie, że jeżeli operowana pozostaje pod nadzorem lekarza, to już po roku, a nawet wcześniej można orzec, czy w danym przypadku nastąpi miejscowe odnowienie się cierpienia, lub też wyzdrowienie. Jeżeli blizna staje się coraz cieńszą, miększą, coraz mniej wyróżnia się od pochwy i w otoczeniu jej nie zjawiają się podejrzane guziczki i nacieczenia, to już po roku można stanowczo orzec, że rak macicy był usunięty całkowicie, i jeżeli się zjawi po tym czasie, to jedynie z powodu istniejącego usposobienia ustroju do powstawania raka w otoczeniu blizny lub w innych narządach.

Wycięte macice oraz okazy drobnowidzowe, pochodzące z przypadków, w których odnowienie się dotąd nie nastąpiło, B. przedstawił na posiedzeniu przy współudziale kol. SZYMAŃSKIEGO.

W dyskusyi prof. BRODOWSKI zaznacza, że przypadek pierwotnego gruczliczego zajęcia szyi macicy bez zmian w płucach i z możliwością wylęczenia zakażenia przez spółkowanie, jest wyjątkowym; zwraca też uwagę na kruchość tego nowotworu, która w danym razie nie zależała od nacieczeń, gdyż ich nie było. Co się tyczy kwestyi oporu, jaki stanowi miąższ macicy dla szerzącego się nowotworu, to prof. BRODOWSKI jest zdania, że warstwa mięśniowa nie zawsze stanowi przeszkodę i że porównanie tej warstwy z *membrana albuginea* jądra nie jest dobre.

Kol. KRYSIŃSKI uzasadnia, że podział raków macicy na 2 grupy, na jakie dzieli je B., jest sztuczny i nie wytrzymuje krytyki. Sztuczny dlatego, że za punkt wyjścia do takiego podziału służy przekroczenie lub nieprzekroczenie warstwy mięśniowej, która według zdania B. stanowi nakształt *albuginea* jądra przeszkodę do szerzenia się nowotworu. Zwrócić jednak wypada uwagę, że w macicy istnieją inne warunki. Nie wytrzymuje krytyki zdaniem K. podział raków macicy na takie, które wyleczyć można i które nie dają tej pewności z tej przyczyny, że, jak uczy doświadczenie, nieznaczne raki nieraz dają po operacji wynik ujemny, gdy tymczasem przypadki z większym rozszerzeniem się sprawy nowotworowej dają wynik dodatni. Również kwestya całkowitego usuwania macicy, popierana przez B., jest dla K. jeszcze nierozstrzygnięta, gdyż wiadomom jest, że SCHROEDER np. przez amputację rakowato zmienionej szyi lub części pochwowej macicy otrzymywał również dobre wyniki. Następnie nie zgadza się kol. K. na przypisywanie wszczepianiu tak wybitnej roli w odnowieniu raka. Za przypuszczeniem tem lub przeciw niemu, jak dotąd, brak dowodów. W końcu przytacza K. spostrzegany 5 lat temu w oddziale kol. MATLAKOWSKIEGO przypadek raka, gdzie zdawało się, że usunięto wszystko, tymczasem po 6-iu tygodniach nastąpiła regeneracya. Opierając się na doświadczeniu własnem i na opisach, K. jest zdania, że w obecnym stanie wiedzy nie mamy prawa nawet w przypadku lekkim raka macicy stawiać dobrego rokowania, że drogą operacji usuniemy niebezpieczeństwo grożące.

Prof. PRZEWOSKI twierdzi, że warstwa mięśniowa stanowi przeszkodę do szerzenia się nowotworu i zdanie to opiera na tem, że w kiszkiach np. nowotwór, dochodząc do warstwy mięśniowej, zatrzymuje się w szybkim rozwoju, raczej pełznie, wyciągając się szyjkami z tkanki, a nie rozrasta się prędko, obejmując znaczne przestrzenie.

Kol. KRYSIŃSKI zaznacza, że jego zdaniem porównanie tkanki macicznej z tkankami żołądka lub kiszki wywołuje tylko zagmatwanie, gdyż zachodzą w budowie pierwszej i drugiej pewne różnice: żołądek i kiszki posiadają warstwę podśluzową, w której bezkarnie nowotwór szerzyć się może, macica zaś tkanki tej nie posiada i tu nowotwór wprost z błony śluzowej przechodzi na zbity miąższ, w którym się szerzy.

Prof. PRZEWOSKI odpowiada, że jeżeli mamy tkankę twardszą (w macicy warstwa mięśniowa), to nie dziwnego, że ona tworzy pewną zaporę. Ten sam objaw spostrzegamy np. w szerzeniu się raka jajowodów. Dotąd, dopóki nowotwór ten nie dojdzie do warstwy mięśniowej, widzimy szybki rozrost raka, z chwilą zaś dojścia do niej wzrost jego słabnie.

Kol. BORYSSOWICZ odpowiada kol. KRYSIŃSKIEMU, że podział raków na 2 grupy, proponowany przez niego, może jest nieściśły, ale słuszny, gdyż praktyka i zebrany przez niego materiał w pewnej mierze świadczą, iż w pewnej liczbie raków macicy w okresie wczesnym rozwoju, usunięcie doszczętne tego narządu przynosi korzyść rzeczywiście cierpiącym, z czego jednak nie wynika, by wyjątków w danym razie nie było. Sam bowiem B. w przemówieniu swem o nich wspomina. Proponowany podział wytrzymuje krytykę, gdyż, jak sam przedtem zauważył B., w wielu przypadkach zapomocą badania palcem wyczuć można, czy nowotwór przeszedł już na otaczające tkanki i jak daleko się rozszerzył. Ma się rozumieć, trudno badaniem dociec, czy nie ma już zaczątków raka powyżej ogniska głównego; przypadki takie bezwątpienia się zdarzają, nie przeszkadzają one jednak dążyć do wytworzenia przybliżonego przynajmniej rozgatkowania tego cierpienia. Że całkowite usuwanie narządu, objętego rakiem w pewnej jego części, jest słuszniejsze od częściowego tylko usuwania, zdaje się nie ulegać wątpliwości. Pomyślny wynik, otrzymany drogą amputacji, proponowany przez SCHROEDER'a, na którego powołuje się K., kto wie, czy nie byłby jeszcze pomyślniejszy, gdyby zastosowane było wycięcie macicy całkowite. Kwestya przeszczepialności, z którą nie zgadza się kol. K., według B. powinna być brana pod uwagę. Przypadek prof. JORDANA i jego własny, który przytacza B. w odczycie, potwierdzają poniekąd słusność tego twierdzenia.

Prof. BRODOWSKI robi uwagę, że rak macicy i po rozszerzeniu się poza mięśń macicy nie przestaje być cierpieniem miejscowym, gdyż pomimo, że zajmuje tkankę przymaciczną, przechodzi na inne narządy miednicy, a czasem zwięża lub zaciska moczowody, rzadko jednak zajmuje gruczoły biodrowe i pachwinowe.

Kol. BORYSSOWICZ nie przeczy, że rak macicy najczęściej pozostaje aż do końca cierpieniem miejscowym, klinicznie jednak staje się nieuleczalnym, skoro przekroczy poza mięśń macicy, gdyż nawet najszerzej pomyślane i dokonano operacje nie zapobiegają powrotom cierpienia, najczęściej już podczas gojenia się rany operacyjnej.

Z XVI zjazdu balneologów w Berlinie w marcu r. b.

1) Kąpiele przy stwardnieniu tętnic (*Arteriosclerosis*). GROEDEL z Nauheim zbija dawne opinie, według których kąpiele, z powodu powiększonego ciśnienia krwi, mogły wywołać u chorych ze stwardnieniem tętnic, napad apoplektyczny. Nawet kąpiele chłodniejsze (25° — 27° R.) nie wywołują dłużej trwającego skurczu naczyń krwionośnych skóry, który zresztą, przy zachowaniu pewnych ostrożności, żadnem niebezpieczeństwem, jak to poucza doświadczenie autora, choremu nie zagraża.

Korzyści, jakie otrzymujemy z kąpiei przy stwardnieniu naczyń, są następujące. 1) Zwalczanie chorób, powodujących stwardnienie naczyń lub towarzyszących temu ostatniemu, jak: dna, gościec przewlekły. 2) Polepszenie składu krwi, przez co zyskujemy wpływ łagodzący na błonę wewnętrzną i średnią naczyń i poprawę ich odżywiania. 3) Najważniejszym jednak wpływem kąpiei jest wyrównanie zmian w obiegu krwi, spowodowanych przez stwardnienie naczyń.

Gdy napad apoplektyczny już nastąpił, to autor nie radzi wcześniej rozpoczynać kąpiei, niż po roku, a gdy istnieje skłonność do nowych napadów, to kąpiele uważa za przeciwwskazane.

2) Wdechanie morskiego, solą nasyconego powietrza. Ze względu na to, że wdechanie świeżego, morskiego powietrza, nasyconego solą kuchenną, bardzo korzystnie wpływa na przewlekłe choroby narządu oddechania i inne sprawy pozapalne i wysiękowe u dzieci, a także i u dorosłych, zaleca L. FÜRST urządzenie w miejscowościach, gdzie są kąpiele morskie, lekkich, drewnianych, od strony morza otwartych budynków, któreby ochraniały przebywające w nich dzieci od słońca, wiatru i deszczu.

Ponieważ zawartość soli w powietrzu morskiem wtedy tylko bywa znaczniejsza i dostateczna do celów leczniczych, gdy panują silniejsze wiatry od strony morza, które porywają i unoszą z sobą cząsteczki wody morskiej, przy spokojnem zaś powietrzu zawartość soli równa się zeru, przeto FÜRST projektuje urządzenie w wyżej opisanych budynkach (halach) motoru naftowego, któryby pompował wodę morską, ogrzewał ją, rozpylał na drobną mgłę i wpędzał tę ostatnią do hali. (Wien. medicin. Presse № 11 i 12. 1895).

J. M.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

— Przed niedawnym czasem wyszła w Berlinie broszurka p. t. „Dwudziestopięcioletnie sprawozdanie z zakładu dla chorych na oczy Prof D-r. J. HIRSCHBERG'a“ („Fünfundzwanzig-jähriger Bericht über die Augenheilanstalt“). Autor, doskonały profesor, dzielny praktyk, a przytem wyjątkowo inteligentny i znakomicie piórem władający lekarz, nie ograniczając się na liczbom zestawieniu oddzielnych grup operacji ocznych (nawiasem wspomnę, że liczba operacji zaćmy przechodzi 1000), dzieli się z czytelnikiem bogatym doświadczeniem, jakie zyskał w ciągu 25 lat pracy. Nic tu nie jest głośniejszemu powiedziane, a wszystko faktami i liczbami poparte. Nietylko specjalista, ale każdy lekarz praktyczny, któremu zdarza się mieć do czynienia z chorymi na oczy, znajdzie tu coś ciekawego dla siebie, choćby coś z tych drobnych a ważnych spostrzeżeń, które, choć są bardzo nieraz proste, ale pomimo to nie każdy dojdzie sam do nich. Olbrzymi, bo do 150,000 chorych (w ciągu 25 lat) dochodzący materiał kliniczny, przy sprężystym i jednolitym kierunku osobistym prof. HIRSCHBERG'a, był przez niego, jako i jego asystentów należycie wyzyskany, czego dowodzi wyliczenie prac większych i mniejszych artykułów naukowych, na tym materiale opartych. Wyliczenie to obejmuje 166 prac. B. R. G.

— KREBS zaleca bardzo stosowanie loretiny, mającej skutecznie zastępować użycie jodofonu, zwłaszcza w zastarzałych owrzodzeniach goleni lub w oparzeniach drugiego stopnia. Stosować można albo w postaci proszku, albo w maści 10%. (Med.-chir. Centr. 38. 1894) S. M.

— MURALT na zasadzie wyników, otrzymanych przy leczeniu 58 dzieci, dotkniętych błonicą, zapomocą surowicy przeciwbłoniczej BEHRING'a w szpitalu dziecięcym w Zurichu, twierdzi, iż: 1) surowica jest bezwątpienia środkiem działającym skutecznie w błonicy. Im wcześniej jest stosowana, tem pewniej powstrzymuje sprawę chorobową; 2) surowica działa nawet i w niektórych przypadkach błonicy mieszaných (t.j. nieczystych), a także w przypadkach już zapóźnionych, a ponieważ szkodliwych pobocznych działań nie wywiera, M. 3) radzi używać jej we wszystkich przypadkach błonicy, przyczem radzi nie zaniedbywać badań bakteriologicznych, potwierdzających rozpoznanie błonicy. (Corr. Blatt. f. S. A. 5. 1895). S. M.

— KAPOSI radzi przy licznych brodawkach smarować je następującą mieszaniną: *flor. sul.*

10,0; *glycerini* 25,0; *acid. acet. puri* 5,0; *DS.* smarować codziennie.

— Wobec tego, iż niektórzy chorzy nie są w stanie wypijać tej ilości mleka, jaką lekarz im przepisuje przy odpowiednim leczeniu, THIN w takich razach radzi używać mleka, objętość którego jest zmniejszona do połowy zapomocą powolnego wyparowywania na płomieniu, wielkość którego może być dowolnie zmniejszana. Z początku mleko należy bardzo szybko nagrząć, następnie zaś, zanim się ono zagotuje, płomień zmniejszyć o tyle, aby mleko parowało, lecz się nie zagotowywało. Równocześnie należy mleko mącić, aby nie wytworzył się kożuch, co by przeszkadzało dalszemu parowaniu mleka. Postępując w ten sposób, można w ciągu 1/2 godziny daną objętość mleka zmniejszyć do połowy. Mleko otrzymuje się gęściejsze, aniżeli zwykle, lecz smak jego mało bardzo się zmienia. Przed użyciem mleko takie należy również dobrze zmącić. (La sem. méd. 18. II. 1895).

S. M.

— KLEVER w Kolonii pod mianem utleionej waseliny lub t. n. *vasogen* sprzedaje mieszaninę węglowodów nasyconą tlenem. Mieszanina ta odznacza się własnością rozpuszczania w sobie różnych środków, używanych w leczeniu chorób skórnych. LEISTIKOW w Hamburgu miał bardzo dobre wyniki przy stosowaniu mianowicie *jodvasogen'u*. (Münch. med. Woch. 19. II. 95).

S. M.

— MATHIEU podaje sposób przygotowywania proszku ze świeżego mięsa. W tym celu zaleca wziąć kawałek mięsa wołowego, końskiego lub baraniego i zapomocą skrobienia nożem zamienić go w miazgę; następnie zaś wysuszyć na kąpieli wodnej i rozłożyć cienkimi warstwami na płytkich naczyniach, umieszczonych na powierzchni dosyć szerokich naczyń, napełnionych wodą. Po zupełnem wysuszeniu mięsa w ten sposób, należy je zemleć w zwykłym młynku od kawy. Proszku, stąd otrzymanego, można używać już to samego przez się, już to w bulionie. (Lyon. méd. № 11. 1895). S. M.

— PARAMPAZZI próbował leczyć błonice u dzieci nietylko zapomocą podskórnych zastrzykiwań surowicy przeciwbłoniczej, lecz także zapomocą zastrzykiwań do żył. Technika tych ostatnich zastrzykiwań jest bardzo prosta. Igłę P. wkuwa do żyły (tej samej, z której uskutecznia się upust krwi) z dołu do góry i stopniowo zastrzykuje surowicę z uniesionej ku górze sprzeczki. Co się tyczy ilości surowicy, to autor zastrzykiwał 1/3 tej ilości, jakaby stosował przy

zastrzykiwaniach podskórnych. Wyniki P. miał zadawalające, ilość jednak przypadków była dotąd bardzo mała. Pomimo tego autor zachęca do szerszego zastosowania tego sposobu zastrzykiwań, powołując się na analogiczne próby leczenia przymiotu według prof. BACELLI'ego. (La Riforma méd. 31. I. 95). S. M.

== HILDEBRANDT w Elberfeldzie wykazał doświadczenie, że przyjmowanie trionalu w wodzie gazowej znacznie ułatwia jego wchłanianie. (Deutsch. Aerzte Ztg. № 7. 1895). St. R.

== CAMBON i BROCHET zalecają do dezynfekcji mieszkań aldehyd mrówczany w postaci gazu. Gaz ten już w bardzo małych ilościach działa zabójczo na zarodniki drobnoustrojów, nie niszcząc przytem przedmiotów, a zatem użycie jego nie wymaga usunięcia mebli, firanek i t. d. z mieszkania. (Revue d'hygiene 1895. p. 120). S. M.

== CESARIS-DEMEI i ORLANDI wykazali, że zwierzęta, uodpornione przeciw lasecznikowi okrężnicy, są odporne względem tyfusu. Można otrzymać z takich zwierząt surowicę, posiadającą lecznicze i zapobiegawcze własności przeciw obu powyższym zakażeniom. Surowica zwierząt, uodpornionych przeciw lasecznikowi okrężnicy, jest silniejsza, niż zwierząt, uodpornionych przeciw tyfusowi, pierwszy bowiem pasorzyt jest

znacznie od drugiego jadowitszy. Z surowicą powyższą robiono próby i na ludziach z wynikiem pomyślnym, liczba jednak jest zbyt mała, aby mogła być rozstrzygająca. (Cent. f. Bakt. u. Par. XVI № 6).

== A. PAUSSON opisuje przypadek pierwotnej gruźlicy nerki, w którym w ciągu kilku miesięcy jedynym objawem tego cierpienia był obficie krwawy mocz, bez żadnych innych zmian (np. obecności ropy). Nerka nie była powiększona, niebolesna, żadnych zaburzeń ze strony pęcherza również nie było. (Jour. de méd. de Bordeaux 9. 95.) S. M.

== IPSEN, badając pod względem sądowo-lekarskim wartość poszukiwania gonokoków, wykazał, że morfologicznie można wykryć ich obecność w płamach po upływie przeszło roku. Pasorzyty zachowują swą postać, zdolność do zabarwiania i charakterystyczny układ w komórkach, jądra tylko tych ostatnich są mniejsze i skurczone. (Centr. f. Bakt. u. Par. XVI № 6).

== WRIGHT i EMERSON wykryli jadowite laseczniki błonicy w kurzu, zawartym w szczotce, używanej do zamiatania oddziału dla dzieci chorych na błonice w Bostonie, i w kurzu, przyległym do trzewików czterech posługaczek szpitalnych. (Centr. f. Bakt. XVI № 10. 11).

Wiadomości bieżące.

— VII Zjazd chirurgów polskich w Krakowie odbędzie się dnia 16 i 17 lipca r. b. Stosując się do życzenia wielu kolegów, czas trwania zjazdu skrócono o dzień jeden. Nie chcąc jednak tracić liczby godzin wykładowych, przewodniczący zjazdów chirurgów polskich prof. RYDYGIER proponuje rozpoczynać posiedzenia o godzinie 9 zamiast, jak zwykle, o 10. Pierwszego dnia zjazdu prof. RYDYGIER gotów jest o godzinie 4-ej po posiedzeniu wykonać na trupie operację przyszcycia śledziony ruchomej i tymczasowego wypylowania kości krzyżowej, z utworzeniem zwieracza sztucznego. Trupy będą przygotowane i dla innych kolegów celem demonstracji nowszych operacji. Drugiego dnia zjazdu zaprasza prof. OBAŁŃSKI do zwiedzania swego nowego pawilonu chirurgicznego w szpitalu św. Łazarza o godz. 8 z rana.

— Na Zjazd chirurgów polskich w Krakowie zapowiedziano dotychczas następujące wykłady: 1) Prof. RYDYGIER: Zmiana w postępowaniu operacyjnem przy wycinaniu odźwiernika (*resectio pylori*). 2) Tenże: Przedstawienie chorych z gruźlicą stawów, leczonych metodą zachowawczą i operacyjną 3) Tenże: Przedstawienie cewnikowanie moczowodów według NITZÉ'go (na chorym). 4) D-r KRYŃSKI. O chirurgii moczowodów. 5) Tenże: O leczeniu wycisowania pęcherza moczowego (*ectopia vesicae*) z przedstawieniem chorych. 6) D-r KOZŁOWSKI: O wyjąławianiu katgut z uwzględnieniem przechowywania według REPIN'a. 7) Tenże: O działaniu hemostatycznem pary wodnej. 8) Tenże: O biodrze koślawem (*coxa vera*) z przedstawieniem chorych. 9) D-r KRASOWSKI: O nowotworach złośliwych na kończynach.

WYDAWCA Dr. L. Guranowski.

REDAKTOR odpowiedzialny Dr. H. Dobrzycki.

Дозволено Цензурою. Варшава, 25 Мая 1895 г.

Druk K. Kowalewskiego, Warszawa, Mazowiecka 8.