

MEDYCYNĄ.

CHASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

Warunki przedpłaty: w Warszawie, rocznie rs. 6, półrocznie rs. 3. Z przesyłką pocztową, rocznie rs. 7, półrocznie rs. 3 kop. 50. **Cena numeru pojedynczego kop. 15.** **Cena ogłoszeń:** Za wiersz jednoszpaltowy drobnem pismem lub za jego miejsce kop. 10. Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracya „Medycyny”. — W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38.

Adres Wydawcy: Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. Wrodzone torbielowate przeistoczenie nerki przy zupełnym braku naczyń nerkowych. Wycięcie torbieli u dziecka 16-miesięcznego. Podał prof. Julian Kosiński. — Dlaczego dziecko rośnie? Napisał A. Goldenberg. (Ciąg dalszy). — O czynności płciowej i zaburzeniach jej okresu wstępnego. Opisał K. Sacewicz. (Ciąg dalszy). — IX Zjazd chirurgów polskich w Krakowie. Napisał S. Groszlik. (Ciąg dalszy). — O ruchu chorych w szpitalu Zapasowym za miesiąc sierpień r. b. — **DRÓBNIEJSZE WIADOMOŚCI RÓŻNEJ TREŚCI** — **WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.** — **ZMARLI** — **OGŁOSZENIA.**

„MEDYCYNĄ”

GAZETTE MEDICALE HÉDOMADAIRE

destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) **D-r J. Kosiński** — Sur la dégénérescence cystique congénitale du rein; absence complète des vaisseaux renales, extirpation chez un enfant de 16 mois. 2) **D-r A. Goldenberg** — La cause de la croissance de l'enfant. 3) **D-r K. Sacewicz** — Sur de certains troubles des fonctions sexuelles.

Redaction: **Dr. M. Sadowski.** Varsovie — R 1e Krak-Przedm. 7.

„MEDYCYNĄ”

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) **D-r J. Kosiński** — Ueber angeborene cystenartige Degeneration der Niere bei vollständigem Mangel der Nierengefäße. Extirpation der Cyste bei einem 16 Monate alten Kinde. 2) **D-r A. Goldenberg** — Ueber die Ursache des Wachstums des Kindes. 3) **D-r K. Sacewicz** — Ueber gewisse Störungen der sexuellen Thätigkeit.

Redaction: **Dr. M. Sadowski.** Warschau — str. Krak-Przedm. 7.

Wrodzone torbielowate przeistoczenie nerki przy zupełnym braku naczyń nerkowych.

Wycięcie torbieli u dziecka 16-miesięcznego.

Podał

Prof. JULIAN KOSIŃSKI.

Odnośnie do guzów patologicznych, w jamie brzusznej i w miednicy spotykanych, można powiedzieć to, cokolwiek **ASTLEY COOPER** powiedział o przepuklinach, mianowicie, że chirurg, przystępujący do operacyi uwięzionej przepukliny (herniotomia), powinien być zawsze przygotowany na jakąś niespodziankę, gdyż nie spotykają się prawie dwa przypadki przepuklin w zupełności do siebie podobne. Prawdę tę dobrze jest zachować w pamięci, przystępując do każdej operacyi brzusznej, gdyż stosuje się ona w zupełności do guzów wszelakiej natury, w jamie brzusznej rozwijających się. Mojem zdaniem, ani bogactwo materiału, jakie dziś posiadamy w literaturze kazuistycznej gu-

zów brzusznych, ani obszerne własne doświadczenie i nabyta biegłość w rozpoznawaniu ich nie są w stanie uwolnić chirurga od popełnienia, nie powiem błędu diagnostycznego, lecz od niemożliwości ścisłego określenia i nieomylnego rozpoznania we wszystkich szczegółach istoty i miejsca guza. A przyczyną tego jest niezmierna różnaitość tych guzów, podobieństwo nieraz klinicznych objawów w różnorodnych co do natury swojej guzach, a niekiedy i rzadkie anomalie narządów anatomicznych, których przewidzieć nikt nie jest w stanie. Nie mam tu na myśli owych grubszych błędów dyagnostycznych, jak na przykład takich, gdzie rozpoznano torbiel lub mięsak jajnika, a podczas operacji okazała się ciąża maciczna, lub gdzie zamiast guza nerki znaleziono guz śledziony lub wątroby; tego rodzaju błędy można położyć poniekąd na karb niedostatecznego doświadczenia lub zbyt powierzchownego i nie dość ścisłego badania chirurga. Lecz są przypadki, gdzie najściślejsze badanie i najtroskliwszy rozbiór różniczkowy danego przypadku zmusza niejako chirurga i upewnia go w niezachwianem przekonaniu, że rozpoznanie jego jest niewątpliwe i pewne, a jednak, z powodu wyżej przytoczonych okoliczności, operacja wykaże, że rozpoznanie nie było w zupełności trafne i takim być nie mogło.

Do takich przypadków należy i ten, który tutaj opisać zamierzam. Swoją niezwykle rzadkością, a nawet, o ile mi z literatury jest wiadomem, zupełną wyłączością, przyczynić się on może do wzbogacenia wiedzy chirurgów, mających do czynienia z operacjami guzów jamy brzusznej. Przypadek ten dotyczy torbieli, powstałej u płodu z zarodkowej nerki niewątpliwie w okresie, kiedy narząd ten zaczynał się rozwijać z ciała WOLFF'a, i dla tego zasługuje na uwagę nie tylko pod względem chirurgicznym, lecz zarówno i embryologicznym.

W miesiącu styczniu r. b. na naradzie, do której byłem zaproszony przez kol. SOMMERA, a następnie po raz drugi z tymże kolegą i kol. FRANKENSTEINEM oglądałem dziecko p. R. — dziewczynkę, mającą zaledwie 14 miesięcy wieku, u której p. R. dostrzegła w prawej stronie brzucha, przed kilku jeszcze miesiącami guz, a raczej stwardnienie wielkości pomarańczy. Odkrycie to, zrobione w sposób prawie przypadkowy, zaniepokoiło mocno matkę, a ponieważ p. R. mieszkają stale w Paryżu, udano się więc do stałego domowego lekarza i zwrócono jego uwagę na ten niezwykle objaw. Okoliczności, wśród których p. R. spostrzegła owo stwardnienie, były takie: Dziecko po urodzeniu zdawało się być zdrowe. Lecz po kilku miesiącach zauważyła matka, że od czasu do czasu dziecko staje się niespokojne, jakby doznawało jakiegoś bólu. Zdarzało się to w znacznych bardzo przerwach — co 3—4 tygodnie. Podczas jednego z takich napadów, pani R., osoba bardzo inteligentna i niezmiernie troskliwa o zdrowie swoich dzieci, domyślając się, że płacz i niepokój dziecka bez żadnej na pozór przyczyny może zależeć od bólu brzuszka, zaczęła go rozcierać własną ręką i przy tej czynności wyczuła jakąś niezwykle kolistą twardość. Wezwany lekarz, stwierdziwszy, że istotnie daje się wyczuć guz w prawej stronie brzucha, nie był w stanie wytłomaczyć sobie, jakiego on jest pochodzenia i znaczenia, i dla tego radził pani R. zaprosić na poradę specjalnego chirurga ze szpitala paryskiego dla dzieci. Z narady dwóch tych lekarzy wypadło, że guz wyczuwalny w prawej stronie brzucha

jest guzem nerki, mianowicie torbielą pochodzenia retencyjnego (*hydronephrosis*).

Po ścisłym parokrotnym zbadaniu dziecka, po zrobionym rozbiórce mocz, obaj lekarze przyszedli do przekonania, że ów guz jest guzem, wychodzącym z prawej nerki. Domniemanie swoje oświadczyli rodzicom, orzekłszy przy tem, że prawdopodobnie jest to torbiel nerki, pozostała na skutek zatkania lub zaciśnienia moczowodu — *hydronephrosis*. Zalecili nadto obserwować, czy podczas napadów bólu guz ten nie powiększa się, a po ustąpieniu napadu, czy się nie zmniejsza. Najtroskliwsze spostrzeganie jednak, w dalszym ciągu w tym kierunku robione, nie wykryło ani razu podobnych zmian w guzie. Zdaniem lekarzy paryskich, jedyną terapią pewną w przypadku tym mogłaby być operacja, — wycięcie guza. Nie uważali jednak — aby operacja u tak małego dziecka przedsięwzięta, była bezpieczna i pewna, i dlatego radzili ją odłożyć do 4—5 roku życia dziecka, jeżeli stan jego na to pozwoli. Rada taka była niewątpliwie bardzo uzasadniona.

Gdy p. R. przyjechali do Warszawy, jak wspominałem wyżej, dziecko miało rok i 2 miesiące, wyglądało dość dobrze, jakkolwiek matka uważała, że wygląd taki nie jest stały, i że często dziecina staje się bladą, smutną, z sińcami pod oczami. Trzymiesięczny pobyt w Warszawie dał możność zauważyć nie tylko matce, lecz i otaczającym osobom zmianę w dziecku na jego niekorzyść: ciało dziecka wędło, mięśnie flaczały, twarzyczka zbledła, wesołość nikła, apetyt się zmniejszył, a przy tem mocz, kilkakrotnie badany, wykazywał woń amoniakalną, osad dość wyraźny, nadający moczowi zmętnienie i zawierający wiele leukocytów. Białko znajdowało się tylko w wyraźnych śladach. Pomimo to napady niepokoju, zależącego od bólu w brzuszku, nie były tak częste, jak podczas pobytu w Paryżu; były one nawet rzadsze. Co się tyczy guza, to ten stanowczo powiększał się w swoich rozmiarach. Stwierdzić to mogłem sam, badając guz z moimi kolegami kilka razy w dłuższych odstępach czasu.

Przy spokojnem położeniu dziecka wznak, już wzrokiem można było widzieć nieco wyraźniejsze wypuklenie brzuszka z prawej strony. Najwyraźniejsza wypukłość odpowiadała linii pępkowej i zajmowała około 10 ctm. średnicy. Przy obmacywaniu wyczuwał się bardzo wyraźnie guz kolisty, o powierzchni gładkiej, naprężony i chęłboczący, jakkolwiek chęłbotanie (fluktuacja) nie było zbyt wyraźne, a nawet dla niezbyt wprawnej ręki mogło się wydać wątpliwe. Guz był dość ruchomy, można go było przesuwac ku dołowi do miednicy, ku górze do podbrzusza, a ku linii środkowej brzucha aż na stronę lewą jamy brzusznej. Wielkość guza równała się wielkości wielkiej pomarańczy. Odgłos tępy przy opukiwaniu nie zawsze zajmował jednakową przestrzeń na powierzchni guza, można go było znaleźć zawsze, lecz obszar tępości był raz większy, drugi raz mniejszy, co pochodziło od większego lub mniejszego przykrycia obwodu guza pętlami jelit.

Muszę tu zaraz zaznaczyć, że, jakkolwiek z powyższych cech guza uważaliśmy, jak i paryscy lekarze, że guz ten jest torbielą, powstałą z nerki, oświadczyliśmy jednak, że stopnia przesuwalności guza w rozmaitych kierunkach, otrzymywałem wrażenie, które budziło we mnie niejaką niepewność, czy w istocie jest to nerka; a mianowicie: guz, jak powiedziałem, był łatwo przesuwalny we wszystkich kierunkach, jednak stopień przesuwalności ku górze zdawał mi się niedostateczny. Nie dawał się guz podnieść do podżebrza tak wysoko, jak to bywa przy guzach, wyrastających z nerki i wraz z nią opusz-

czających się nieraz bardzo nisko. Dodam, że przy badaniu nie spuszczałem z uwagi i odszukania pozostającej możliwie zdrowej nerki na swoim miejscu; lecz badanie to do żadnych pewnych wyników nie doprowadziło, co zresztą u tak małego dziecka z drobnymi narządami nie mogło być inaczej. Podczas drugiego badania, (co miało miejsce w kilka tygodni po pierwszym), zachloroformowaliśmy dziecko, przyczem zbadałem guz przez kışkę prostą i znalazłem, że dolny odcinek guza, przy zepchnięciu go ku miednicy, daje się wyczuć palcem, co jednak nie mogło ani zachwiać naszego rozpoznania, ani wpłynąć na usunięcie wszelkiej wątpliwości. Oprócz wymienionych fizycznych cech guza, przemawiających za torbielą nerki, mieliśmy jeszcze bardzo ważne wskazówki w składzie moczu, zawierającym leukocyty, ślady białka. Powtarzam jednak, że całkowicie wolny nie byłem od podejrzenia, czy owa cysta nie pochodzi z narządów płciowych: jajnika lub więzu macicznego. Tego podejrzenia mojego nie tailem przed kolegami, oświadczając, że nie byłbym wcale zdziwiony, gdybym podczas operacji, jeżeli do niej przyjdzie, znalazł zamiast torbieli nerki torbiel jajnika lub więzu szerokiego.

Zastanawiając się wszechstronnie nad szczegółami naszego przypadku, nie mogliśmy jeszcze i pod innym względem nie znaleźć pewnej wątpliwości co do trafności naszej dyagnozy, a mianowicie: objętość torbieli nieznacznie, lecz stale powiększała się, lecz nigdy nie dało się dostrzedz, aby choć chwilowo się zmniejszała; objaw jednak taki mógłby się powtarzać, gdyby torbiel nerki powstała z powodu zatkanego, zwężonego lub uciśniętego moczowodu, przy niezupełnej jego niedrożności, którą mieliśmy prawo przypuszczać z powodu wyżej wspomnianych zmian moczu: jego woni, obecności leukocytów i t. d. Przypuściwszy zaś, że niedrożność moczowodu jest zupełna, trzeba było uważać ową patologiczną przymieszkę w moczu za pochodzącą z drugiej (lewej) nerki, moczowodu lub pęcherza.

Co do terapii, to byliśmy również zdania tego, jak i francuscy lekarze, że usunąć guz można tylko za pomocą chirurgicznej operacji. Czy zaś ją robić zaraz, czy z czasem, kiedy dziecko będzie większe, to pod tym względem nie mogliśmy dać rodzicom dziecka żadnej stanowczej rady, nie mając sami tej niezachwianej pewności, czy tak drobna dziecina przetrzyma operację, bądź jak bądź, poważną. Obowiązkiem naszym było przedstawić wszystkie ujemne strony, jakie może spowodzić wyczekiwanie dłuższe z radykalną operacją, nie tając, że od niebezpieczeństwa po zaraz zrobionej operacji również nie można być wolnym, Ostateczną decyzję, samo się przez się rozumie, musieliśmy pozostawić rodzicom.

Po kilku tygodniach zgłosił się do mnie kol. FRANKENSTEIN, oświadczając, że, widując codziennie małą pacjentkę i uważając, że dziecina wciąż traci na zdrowiu, staje się wątłejszą i słabszą, wraz z jej rodzicami przyszedł do przekonania, że odkładać operację byłoby niestosownem, i że rodzice zdecydowali się na operację i pragną ją zrobić w Warszawie, nie odkładając dłużej.

W kilka dni później, zarządziwszy wszystko, co było potrzebne do operacji aseptycznej, w jednym z obszernych pokoi p. R., dnia 15 kwietnia przystąpiłem do operacji, mając do pomocy, oprócz wymienionych kolegów jeszcze d-rów MALISZEWSKIEGO i SŁAWIŃSKIEGO.

Wykonanie operacji nie przedstawiało zbyt wielkiej trudności, i nie zatrzymam się dłużej nad jej techniczną stroną. Zamierzałem wykonać ją bez otwarcia otrzewny i w tym celu poprowadziłem cięcie lekko półkoliste od II żebra

aż do kolca biodrowego przedniego i górnego, z wypukłością, obróconą ku tyłowi. Przeciąwszy skórę i warstwy mięśni brzusznych, spostrzegliśmy na dnie rany przeświecającą torbiel, która wnikała niejako w ranę podczas naciskania na brzuszek dziecka ręką pomocnika. Na unieruchomionej w ten sposób torbIELI łatwo można było dalej operować i uwolnić jej powierzchnię od otaczającej tkanki komórkowato-tłuszczowej, pokrywającej torbiel w postaci cienkiej warstwy. Tę czynność starałem się zrobić bardziej na tępo, niż nożem, przyczem okazało się, iż torbiel nie była pojedyncza, lecz złożona z dwóch wyraźnych części, jednej dolnej pojedynczej, drugiej górnej, jakby znów z kilku oddziałów złożonej. Przystąpiłem najpierw do wyluszczenia części dolnej i zaraz przekonałem się, że leżała ona nie poza otrzewną, lecz w jamie brzusznej i po części w miednicy. Ocalić więc otrzewny, tak jak to zamierzałem, nie dało się. Torbiel ta, jakkolwiek była w ścisłym zetknięciu z częścią górną torbIELI, nie miała jednak związku z tą częścią bezpośredniego; łączyła je tylko delikatna tkanka łączna, lecz ściany tych dwóch torbIELI były oddzielne, i jamy nie komunikowały się ze sobą. Po powierzchni dolnej i przedniej torbIELI przebiegała trąbka FALLOPIUSZ'a z wyraźnym wylotem strzępkowatym (*fimbriae*). Trąbka ta była z powierzchnią torbIELI spojona luźną tkanką komórkowatą. Żadnych innych ściślejszych związków z otaczającymi narządami torbiel ta nie miała i dała się wyluszczyć prawie bez krwawienia. Po usunięciu jej przystąpiłem do górnej części torbIELI, do tej części, którą wypadało uważać za właściwą nerkę przeistoczoną, i która leżała poza otrzewną. Wypadało więc podwoić ostrożność, aby szypuły torbIELI, względnie naczyń nerkowych nie naderwać lub nie naciąć i nie wywołać niebezpiecznego krwotoku. Torbiel ta, jak wspomniałem, nie miała powierzchni kulistej, lecz była podzielona mniej lub więcej głębokimi brózdami na kilka części. Oddzielając (również na tępo) tę powierzchnię od otaczającej tkanki komórkowatej, zaraz odkryłem wychodzący z dolnej części torbIELI moczowód. Po oddzieleniu go doprowadziłem, za pomocą igły DECHAMP'a, podwójną nitkę jedwabną i, podwiązawszy każdą z nich moczowód z osobna, przeciąłem go pomiędzy podwiązkami. Tu mieliśmy już zupełną pewność, że rozpoznanie nasze torbIELI (jako przeistoczona nerka) było prawdziwe. Lecz nie małe było zdziwienie nasze, gdy w dalszym ciągu operacji spotkaliśmy się z czemś bardzo niespodziewanem, a mianowicie: z zupełnym brakiem naczyń nerkowych, których z taką ostrożnością i pewną obawą poszukiwałem, aby przed podwiązaniem ich nie naderwać. Torbiel dała się wokoło oddzielić od tkanki ją otaczającej i oprócz drobnych, prawie włoskowatych naczyń nie miała żadnych innych, nie miała zatem właściwej szypuły; jedyną jej szypułą był moczowód. Z usunięciem tej drugiej części torbIELI operacja była ukończona. Wprowadziwszy przez obszerną jamę palec do jamy brzusznej, starałem się zbadać okolice nerkową, aby się przekonać, czy pomimo usunięcia torbIELI, którą uważaliśmy za nerkę, nie pozostała właściwa nerka na miejscu swoim; lecz przekonaliśmy się, że nerki prawej wcale nie było. Obejrzawszy jeszcze raz pozostałą jamę i podwiązawszy kilka drobnych naczyń, na powierzchni jamy lekko krwawiących, założyłem szew ciągły na otwór otrzewny, następnie złączyłem drugim piętrem szwu mięśnie, a trzeciem skórę w ten sposób, że pośrodku cięcia pozostawiłem mały otworek dla wprowadzenia cienkiego paska gazy. Uważałem za stosowne zachować tę ostrożność na wypadek mogącego nastąpić krwawienia, chociaż, jak się okazało, była ona zbyt zbyteczna.

Na ranę dałem zwykłą opaskę antyseptyczną i przymocowałem ją bandażem gazowym.

Powiedzmy tu zaraz, że przebieg okresu pooperacyjnego był ze wszech miar pomyślny. W pierwszym dniu i w paru następnych operowane dziecko miało kilka razy wymioty, co trzeba było przypisać wpływowi chloroformu. Najmniejszych oznak podrażnienia otrzewny nie było; brzusek przez cały czas niewzdęty. Na piąty dzień po operacji zauważyliśmy lekkie podniesienie ciepłoty, co ustąpiło zaraz po opróżnieniu przewodu pokarmowego. Rana goiła się dobrze, z wyjątkiem małego ropnia, powstałego w szwie. Ropień ten po otworzeniu zagoił się w ciągu 10—12 dni. Ponieważ podczas płaczu dziecka (co miało miejsce przy każdym opatrunku) występowała w miejscu, gdzie się guz znajdował, dość znaczna wypukłość, staraliśmy się brzusek uciskać najsamprzód bandażowaniem, a następnie powróciliśmy do paska, który pacjentka nosiła jeszcze przed operacją.

Wracając teraz do wyjętej torbieli, wyznać muszę że, o ile z jednej strony wielką miałem troskę o pomyślne zejście operacji, o tyle skądinąd budził we mnie zajęcie ów niezwykle, może wyjątkowy przypadek torbieli, której powstanie zaliczyć wypada do wyjątkowo rzadkich.

Zaraz po wyjęciu torbieli, rozpatrując preparat makroskopijnie w świeżym stanie, widzieliśmy, że obie cysty miały ścianę ciekłą, nie wszędzie równą. Miejscami ściana cysty, stanowiąca błonę jej właściwą, była nieco zgrubiała; na powierzchni zewnętrznej tu i owdzie znajdowały się miejsca, na których pozostało nieco tkanki komórkowatej i tłuszczowej w postaci strzępków. Dolna cysta przedstawiała jamę pojedynczą, napełnioną płynem przezroczystym, surowicznym, bardzo wodnistym, który po większej części już podczas operacji wypłynął przez otwory, poczynione szczypczykami haczykowymi. Wewnętrzna powierzchnia cysty miała wygląd właściwy błonom surowicznym. Górna torbiel nie była pojedyncza, lecz przedstawiała niejako konglomerat, złożony z 6 oddzielnych mniejszych jam, nie łączących się ze sobą i wypełnionych takimże płynem surowicznym, czystym, jak woda, nie mającym żadnej lepkości. Ściana wewnętrzna tych jam była błyszcząca, gładka, biała, grubość ściany włóknistej, jak i w dolnej torbieli, niejednakowa, przegródki cieńsze, główna ściana nieco grubsza. Moczowód kończył się w ścianie jednej z dolnych komór. Światło jego kończyło się w tej ścianie, tak że nie dało się odszukać łączności światła moczowodu z jamą torbieli, z którą się on łączył. Na powierzchni zewnętrznej tu i owdzie strzępki tkanki komórkowatej i tłuszczowej. Na ścianie wewnętrznej oddzielnych części torbieli najmniejszych śladów śluzu lub jakiegobądź innego osadu nie było.

Tak się przedstawiała owa torbiel dla gołego oka. Ale już i z wymienionych zjawisk można było sobie zrobić pojęcie, skąd i jak torbiel opisana powstała. Jeżeli można było mieć pewną wątpliwość, z jakiego narządu lub z jakiej tkanki powstała pierwsza wyjęta część cysty, część dolna, to obecność moczowodu, odchodzącego od torbieli górnej, wielokomorowej, oraz brak prawej nerki we właściwym jej miejscu nie pozostawiały żadnej niepewności, że torbiel ta była przeistoczoną nerką. Brak naczyń krwionośnych (arteryi i żyły nerkowej), zdawało się, pochodził ztąd, że powstanie torbieli trzeba było odnieść do tej epoki płodu, kiedy jeszcze nerka nie była się wytworzyła, a raczej kiedy się jeszcze nie wytworzyły naczynia nerkowe, łączące nerkę z aortą brzuszną i żyłą prężną. Ztąd właściwą szypułą torbieli był sam moczowód bez naczyń nerkowych. Innemi słowy, torbiel nie powstała

skutkiem przeistoczenia się gotowej już nerki, lecz rozwinęła się z zarodka nerki, wyrastającej z ciała WOLFF'a. Szczegółowe badanie drobnowidzowe stwierdziło w zupełności nasze zapatrywanie.

Uprosiłem prof. HOYER'a, tyle doświadczonego i biegłego histologa i embryologa, o łaskawe zbadanie wyjętej u naszej pacjentki torbieli, opiszawszy mu cały kliniczny obraz oraz stosunek torbieli do narządów i tkanek otaczających, jaki był znaleziony podczas operacji.

Prof. HOYER zajął się z właściwą mu ścisłością zbadaniem budowy powierzonej mu torbieli.

Piękne preparaty, zrobione przez tego profesora, przechowuję u siebie. Z nich można widzieć dokładnie, że w ścianach torbieli znajdują się wyraźne ślady budowy tkanki nerkowej, kłębki MALPILGHI'ego charakterystyczne, w rozmaitym stopniu rozwinięte, miejscami gęściej, miejscami rzadziej nagromadzone, stosownie do części ściany torbieli, z której preparat był zrobiony, oraz kanaliki moczowe pokręcone (*canaliculi contorti*), wśród delikatnej tkanki łącznej. Z obrazu, jaki preparaty te dają, prof. HOYER nie wątpi na chwilę, iż ściana torbieli jest pozostałością nierozwiniętej jeszcze dokładnie nerki, i że torbiel pochodzić musi, tak, jak to i my przypuszczaliśmy, z nerki w okresie bardzo wczesnym jej powstania z ciała WOLFF'a. W ten tylko sposób można było objaśnić tę niezwykłą torbiel.

Pytanie, mojem zdaniem, pozostaje nierozstrzygniętem, czy tworzące się przeistoczenie torbielowate z zawiązka nerki w okresie bardzo wczesnym płodu przeszkodziło wytworzeniu się naczyń nerkowych i połączeniu się ich z aortą brzuszną i żyłą próżną, czy też niewytworzenie się lub brak tych naczyń nerkowych, stanowiące ich anomalię, było powodem, że się nerka wytworzyć nie mogła, a na jej miejsce powstała opisana torbiel? To pytanie może wyjaśnią embryologowie, którym rozwój narządów moczowo-płciowych i fazy jego u płodu lepiej są znane.

Embryologia nas uczy, że już w pierwszych tygodniach płodu z ciała WOLFF'a wyrasta opuszka, z górnej części której rozwija się nerka, a z dolnej — moczowód. Kiedy właściwie następuje połączenie owej tworzącej się nerki z aortą i żyłą próżną, kiedy wytwarzają się naczynia nerkowe (*vasa renalia*) wyraźnie nie zaznacza embryologia. Gdybyśmy tę wiadomość posiadali, przypuszczenie co do epoki powstania naszej torbieli mogłoby być bardziej ściśle. Aczkolwiek, jak już wspomniałem, nie da się orzec stanowczo, co w tym przypadku było przyczyną, a co skutkiem: czy brak wrodzony naczyń nerkowych spowodował przeistoczenie nerki w torbiel, czy też tworząca się wcześniej z zawiązka nerki torbiel przeszkodziła wytworzeniu się naczyń.

W przypadku naszym moczowód rozwijał się, jak się zdaje, zupełnie prawidłowo. Miał on grubość właściwą wiekowi dziecka i stanowił szypułkę torbieli, na której torbiel trzymała się, jakby jaki owoc na gałązce.

Co się zaś tyczy torbieli dolnej, najpierw podczas operacji wyjętej, która znajdowała się w luźnym związku z trąbką FALOPUSZ'a i żadnego ściślejszego związku nie mającej z właściwą torbielą nerkową, to jej pochodzenie, zdaje się, odnieść trzeba także do części ciała WOLFF'a, może do tej części, która nie miała udziału w tworzeniu się nerki.

Godne jest uwagi to, że, jak wspomnieliśmy wyżej, moczowód nie łączył się światłem swoim z jamą torbieli; zawartość torbieli była czysta, na ścianach wewnętrznych, surowiczych oddzielnych komór torbieli ani śluzu ani innego osadu nie było. Tymczasem z klinicznych objawów notowaliśmy osad

w moczu i woń przykrą — objawy, które po operacji stopniowo znikwały, tak że w 3 - 4 tygodniu mała pacjentka oddawała już mocz prawie zupełnie czysty. Skąd więc pochodził ów osad przed operacją? Prawdopodobnie torbiel, jako twór patologiczny, wywoływała stałe drażnienie dróg moczowych, (moczowód, pęcherz, może i miedniczka prawa) i warunkowała oraz podtrzymywała ów kataralny ich stan.

Opisany przypadek pozostawia, co do pochodzenia torbieli, pewne niewyjaśnione strony i może, jak mierniam, zainteresować tak zawodowych chirurgów, jak i embryologów. Co do mnie, to jestem skłonny tłumaczyć pochodzenie torbieli, przyczynę przeistoczenia młodziutkiej jeszcze nerki, czy tylko zawiązka jej, prostą anomalią naczyń nerkowych, właściwie brakiem ich zupełnym. Ten brak naczyń musiał koniecznie wstrzymać rozwój nerki, która, otrzymawszy swój zawiązek z ciała WOLFF'a, w dalszym ciągu, skutkiem braku potrzebnego odżywiania, przeistoczyła się w torbiel.

Torbielowate wrodzone przeistoczenie nerki nie należy do rzadkich zjawisk patologicznych. Fakt ten jest znany tak dobrze anatomiczom, jak i chirurgom. VIRCHOW tłumaczy powstanie torbieli nerki u płodu zatknięciem kanalików prostych moczowych. Torbiele bywają zwykle wielokomorowe, i guz rozrasta się nieraz do rozmiarów bardzo znacznych. W przypadku, przeze mnie opisanym, nie idzie o to, że torbiel nerki rozwinęła się u płodu w bardzo wczesnym okresie życia jego, lecz o to, że stosunek torbieli *respective* nerki do układu naczyniowego był niezwykle, i pod tym głównie względem przypadek ten jest nader ciekawy i rzadki.

Dlaczego dziecko rośnie?

(Z powodu szkicu klinicznego St. Kamieńskiego p. t. „O właściwościach fizjologicznych ustroju dziecięcego w stosunku do patologii i terapii“).

Napisał

ARKADYUSZ GOLDENBERG.

(Ciąg dalszy.—Zob. Nr. 38).

Nie można więc „śmiało powiedzieć, że narządy oddechowe dziecka nie są dokładnie przystosowane do potrzeb jego“, jak to czyni autor na str. 23. Owszem, można przypuszczać, że te narządy są tak dobrze przystosowane, że mogą ustrojowi dostarczać więcej tlenu i wydzielać więcej kwasu węglanego i innych produktów, aniżeli wypada u dorosłego na kilo wagi, czyli że narządy oddechania (jak i trawienia) dziecka spełniają zadania swoje lepiej, aniżeli u dorosłego; nie można więc mówić o jakimś „upośledzeniu“ ich (jak u autora na str. 23). Pod względem anatomicznym narządy oddechania mają jednak wadę bardzo ważną — bezwzględnie węższe oskrzela. Jest to jednak wada, mająca znaczenie tylko w patologii chorób dzieci; w warunkach fizjologicznych ta odmienna wielkość ich nie upośledza w niczem oddechania, nie może więc być nazwana wadą, tak jak nikt nie będzie nazywał wadą mniejszej wagi lub wzrostu dziecka.

c) Krew i krążenie. Krew dziecka (nie noworodka) różni się od krwi dorosłego mniejszą ilością ciałek czerwonych, hemoglobiny i włókienka, większą ilością ciałek białych. Tyczy się to przeważnie tylko niemowląt, z wyjątkiem może hemoglobiny.

Za to ilość krwi jest, jak się zdaje, większa (str. 25). Pojemność tętnic jest podobno większa (KAM. str. 11), ztąd mniejsze ciśnienie krwi w nich (str. 27). Mogłoby to prowadzić do objawów zastoinowych, stałej sinicy i t. p. Tego jednak u dzieci nie ma, dlatego, że żyły też mają większą pojemność: u dziecka według ALIX'a światło żył równa się światłu tętnic, gdy u dorosłego jest dwa razy mniejsze, dzięki temu zmniejsza się również ciśnienie w żyłach ³⁾ i ciśnienie w nich pozostaje mniejsze, aniżeli w tętnicach, co jest warunkiem przejścia krwi z tętnic do żył. Gdyby więc z powodu tych odmiennych stosunków anatomicznych tętnic i żył ciśnienie w żyłach o tyleż padło, o ile i w tętnicach, krew w kapilarach posuwałaby się z taką samą szybkością, jak u dorosłego, tak jakby to było np. z ciałem, ważącym 10 funtów w tym wypadku, gdy zamiast siły popychającej je = 35 f. i siły wstrzymującej je = 20 f., będą działały dwie mniejsze o 5 f. siły: popychająca = 30 f. i wstrzymująca = 15 f.; i w jednym i w drugim wypadku na ciało to będzie działała jednakowa siła = 15 f. ($35 - 20 = 30 - 15$), i ciało będzie się posuwało z równą szybkością. Ponieważ nie wiemy, gdzie więcej ciśnienie pada, w tętnicach, czy w żyłach dzieci, nie możemy powiedzieć napewno, czy bieg krwi w naczyniach włosowatych będzie wolniejszy, i wskutek tego „czas zetknięcia się krwi z tkankami będzie dłuższy i wyzyskanie przez tkanki pożywnych części krwi dokładniejsze, niż u dorosłego“, jak przypuszcza KAM. (str. 26).

Wskutek krótkości łoża krwiobiegu krew dziecka, t.j. każdy jej ctm. sz., częściej w przeciągu jednostki czasu (sekundy) będzie miał sposobność zetknąć się z tą samą częścią tkanki, czem może sobie wynagrodzić brak ciałek czerwonych i hemoglobiny w porównaniu z krwią dorosłego, a może prześciga ją w tem, bo brakiem ciałek czerwonych i hemoglobiny nie ustępuje znowu tak bardzo krwi dorosłego.

Słowem krążenie i dostarczanie tkankom części pożywnych i tlenu *resp.* wydalenie produktów przemiany jest może lepsze u dziecka, aniżeli u dorosłego.

Co do serca, to z zestawienia na str. 28 (u KAM.) widać, i autor to stwierdza, że „ilość pracy mechanicznej serca dziecka jest w stosunku do wagi ciała taka sama, jak u dorosłego“.

Autorowi jednak koniecznie się chce nazwać to serce zmęczonem, przepracowanym. Na czem więc buduje to przypuszczenie?

Ponieważ serce dzieci (oprócz noworodków) jest stosunkowo mniejsze, więc wykonywa swą pracę powiększeniem częstości skurczów. „Nie jest zaś rzeczą fizjologicznie obojętną, czy ta sama praca serca wykonywa się dzięki większej sprawności mięśnia sercowego, czy też dzięki częstości jego skurczów. Fakty zarówno przyśpieszenia tętna przy grożącym bezwładzie serca, jak i dobroczynnego wpływu leków, powstrzymujących częstość skurczów, na wypoczynek (*sic!*) mięśnia sercowego, każą nam przypuszczać, że serce dziecka ma charakter mięśnia znużonego“. Przedewszystkiem nie można faktów z patologii serca dorosłego brać za miarę dla oceny fizjologicznej

³⁾ Autor wyraża przeciwnie zdanie.

czynności serca dziecka. Po drugie, wiadomo każdemu, że im mięsień jest mniejszy, tem więcej skurczów w przeciągu minuty bez zmęczenia zrobić jest w stanie ⁴⁾. Żaden siłacz nie potrafi tak prędko zginać swej ręki w łokciu, jak to czyni Barcewicz najmniejszym palcem swej lewej ręki, gdy robi trel na skrzypcach. Orzeł nie potrafi tak często poruszać skrzydłami, jak malutki skowronek. Co więcej, u dwóch zwierząt jednego gatunku i lat jednakowe (co do funkcji) mięśnie mogą być zastosowane do powolnego skurczu z większem naprężeniem lub do prędkiego — z mniejszem. Weźmy dla porównania konia wyścigowego i roboczego. Pierwszy z ciężarem 15 pud. przebiegnie bez znużenia po dobrej drodze dwie mile przez godzinę czasu, drugi z ciężarem 30 pud. zrobi przez tę godzinę tylko jedną milę. Mechaniczna praca w rezultacie będzie jedna, i jeden się nie zmęczy więcej od drugiego, chociaż koń wyścigowy częściej daleko przebierał nogami. Gdybyśmy naodwrot konia wyścigowego zmusili z ciężarem 30 pud. zrobić przez godzinę milę, a roboczego z ciężarem 15 przebiecz przez ten czas dwie mile, sądzę że i jeden i drugi by się zmęczył.

Porównanie to można posunąć dalej. Każdemu wiadomo, że zwierzę zmęczone biegnie wolniej. Czy można jednak, porównyując bieg konia wyścigowego z biegiem konia roboczego po dobrej drodze z małym ciężarem, przyjść do przekonania, że mięśnie konia roboczego są mięśniami zmęczonymi, na tej zasadzie, że on porusza się tak wolno, jak wyścigowy po zmęczeniu. Jak wolny bieg jest objawem zmęczenia konia wyścigowego, tak częste tętno jest objawem osłabienia serca dorosłego, i jak wolny bieg nie może być dowodem zmęczenia konia roboczego, który stale porusza się wolno, tak częste tętno nie jest dowodem znużenia serca dziecka.

Dane na str. 27 u KAMIENSKIEGO potwierdzają zdanie moje, że mięsień serca nie jest zmęczony: gdy jednym skurczem serca dorosłego wyrzucone zostają przez komory 180 grm. krwi, serce dziecka 3-letniego wyrzuca 35,4 grm. a noworodka 9,06 grm., czyli na kilo wagi dorosłego wypadnie 2,8 grm., na kilo 3-letniego dziecka tak samo 2,8 grm. na kilo noworodka trochę więcej — 2,85. Ponieważ jednak ciśnienie w tętnicach dzieci jest mniejsze, to przyroda uważała za zbyt duże dawać dziecku serce takiej objętości, ile wypadłoby na kilo jego wagi w porównaniu z dorosłym. Serce więc dziecka jest stosunkowo małe, lecz za to przeszkoda w wypychaniu krwi też mniejsza, może więc wypychać taką samą ilość krwi (na kilo jego wagi) za każdym skurczem, ile wypada na kilo wagi dorosłego, bez zmęczenia, czy znużenia.

Fala krwi postępuje u dziecka wolniej. Łatwo było to przewidzieć wobec małego ciśnienia w tętnicach, lecz za to takich fal u dzieci będzie w przeciągu minuty więcej, aniżeli u dorosłego, bo serce się kurczy częściej.

W ten sposób serce dziecka nie tylko się nie męczy, ale może nie zużywa całego zapasu sił. W całym więc rozdziale tym znaleźliśmy jedną wadę u dziecka, wadę, nie mającą kompensaty — jest to mniejsza ilość włókniaka, co utrudnia tamowanie krwotoku u dzieci. Ale jestto wada niewielka, właściwa przytem tylko dzieciom rocznym i to w przypadkach patologicznych.

⁴⁾ Przypuszczam na zasadzie tego, że im człowiek jest mniejszego wzrostu, tem tętno jest częstsze (SAHLI), że i u zwierząt jednego gatunku i rzędu tętno będzie (nawet u dorosłych) tem częstsze, im zwierzę jest drobniejsze (u świni częstsze, niż u słonia i t. d.).

d) Wydzielanie moczu. Anatomiczną różnicę nerek autor wskazuje jedną tylko: większą stosunkowo objętość *resp.* wagę nerek i nadnerczy. Z zestawień, przytoczonych przez autora na str. 32 szkicu, widać, że, oprócz większej objętości, jeszcze każda jednostka wagi tego narządu dziecka wydziela więcej moczu przez dobę, niż u dorosłego. Nie dowodzi to jednak twierdzenia autora, że nerki dziecka, to „narząd, wykonywający pracę nad siły, a więc stale znużony“ (str. 33), a to z powodów następujących: 1) nie wiemy jeszcze dotąd, na czym polega „praca“ nerek, 2) nie wiemy, jaka jest różnica histologiczna w tym narządzie dziecka i dorosłego (może każda jednostka wagi nerki dziecka ma lepsze zdolności wydzielnicze), 3) nie określone są wahania fizyologiczne pracy tego narządu, t. j. jakie *maximum* moczu przez dobę mogą wydzielać nerki dorosłego bez „zmęczenia“ czyli „znużenia“ i 4) nie wiemy, czy większa ilość dobowa moczu u dzieci pochodzi z większej ilości wydzielanego przez ten młody narząd moczu przez taką jednostkę czasu u dorosłego, czy też wskutek tego, że nerki te częściej muszą się zabierać do tej pracy, nie pracując za każdym razem z większą energią, aniżeli u dorosłego. Jeżeli praca wydzielnicza spadnie na nerki dzieci przez dobę dwa razy częściej, niż na nerki dorosłego, to praca ta za każdym razem już będzie lżejsza, bo na kilo nerki dziecka wypada przez dobę moczu tylko $1\frac{3}{4}$ razy więcej, niż u dorosłego. Ponieważ dziecko częściej daleko przyjmuje pożywienie i częściej mocz oddaje, można przypuszczać, że praca rzeczywiście spada na nie częściej. Odpoczynek ich w takim razie byłby krótszy; lecz tkankom młodym wystarcza krótszy czas na odpoczynek, bo mają prędzej świeże pożywienie i prędzej wydzielają się z nich produkty przemiany materii.

Nie dowiódł więc St. KAMIŃSKI, że „nerki dziecka są znużone, że wykonywają pracę nad siły“.

e) Skóra dziecka wydziela więcej wody nie tylko wskutek większej stosunkowo powierzchni, lecz każdy cm. sz. tej powierzchni ma większą pracę wydzielniczą na dobę, niż u dorosłego. Nie dowodzi to jednak, że „skóra dziecka jako narząd wydzielniczy jest przeciążona“ (str. 35) z tych samych powodów, jakie w poprzednim rozdziale przytoczyłem.

f) Układ nerwowy i mięśniowy. Jest to część ustroju najłagodniej i najodpowiedniej poddająca się określeniu co do zmęczenia lub znużenia, dlatego, że zmęczenie tego układu jak u człowieka, tak i u zwierząt, jak u dorosłych, tak i u dzieci jest objawem, spostrzeganym często i bez trudności. Nikt jednak nie nazywa ani człowieka, ani zwierzęcia zmęczonym na zasadzie tylko ilości pracy, przez nich wykonanej, bo różna bywa siła tych istot, siła mięśniowa czy umysłowa. Kierujemy się zwykle następstwami tej pracy, t. j. niechęcią do przedłużenia jej, pragnieniem odpoczynku. Wyjaśniłem to, zdaje się, dostatecznie na samym wstępie.

Na str. 38 pracy kol. KAM. czytamy: „Układ nerwowo-mięśniowy dziecka ma cechy układu zmęczonego“. Jakież dowody tego znajdujemy w tym rozdziale? 1) „Siła mięśniowa względna, powiada autor na str. 43, t. j. obliczona na kilo wagi ciała jest u dzieci mniejsza, niż u dorosłych. Dzieje się to dzięki z jednej strony mniejszej wadze ich mięśni w stosunku do wagi ciała, z drugiej — dzięki temu, że mięśnie dziecięce są znużone“. Tego zdania autora nie można inaczej rozumieć, jak w ten sposób, że, gdyby na kilo wagi dziecka wypadało tyleż mięsa, co na kilo dorosłego, to i wtedy na każde kilo wagi dziecka wypadałoby mniej siły (siły skurczu, określanej dynamometrem), niż u dorosłego, czyli, inaczej mówiąc, każda jednostka wa-

gi mięśni dziecka ma mniejszą siłę, niż takąż u dorosłego, z powodu „znużenia” pierwszego. Gdybym więc dowiódł, że tak nie jest, musiałby się autor wyrzec „znużenia”.

Według MECH’a (str. 39 u KAM.) waga ogólna mięśni dorosłego człowieka ma się do wagi mięśni dziecka 12-letniego jak 19 : 10, gdy stosunkowe siły w ręku u tychże (według QUETELET’a str. 43 u KAM.) mają się jak 2,46 : 1,77, to jest, gdy waga ogólna mięśni dorosłego przewyższa takąż u dzieci o 0,9, siła dorosłego przewyższa takąż u dzieci tylko o 0,4. *Ergo*, każde włókno mięśniowe dziecka, każda jednostka wagi ich ma prawie dwa razy większą siłę, aniżeli u dorosłego, co dowodziłoby tylko doskonałości ich w porównaniu z mięśniami człowieka dorosłego, a nie „znużenia”. 2) „Jeżeli zważymy (pisze KAM. na str. 116), że ta ruchliwość, ta zwiększona praca umysłowa każdodzienna trwa przez cały okres dzieciństwa, to dojdziemy do przekonania, że mięśnie i ośrodki nerwowe u dzieci są stale zmęczone”. Ja osobiście doszedłem do wręcz przeciwnego przekonania, bo gdyby nastąpiło zmęczenie, dziecko przestałoby być ruchliwym, zarzuciłoby pracę umysłową.

(C. d. n.)

O CZYNNOSCI PŁCIOWEJ I ZABURZENIACH JEJ OKRESU WSTĘPNEGO.

Opisał

K. SACEWICZ

lekarz zakładu w Nałęczowie.

(Ciąg dalszy. — Zob. Nr. 38).

Już w zabawach dzieci u wszystkich ludów można dostrzedz różnicę usposobień płci: chłopcy są więcej czynni, lubią bić się, narażać się, przekładają gry wojownicze; dziewczynki zajmują się chętniej lalkami, strojami, zwierciadłem i tańcem (Ploss). Badania nad dziećmi, wstępującymi do szkoły (STANLEY HALL, Berliner Städtisches Jahrbuch), wykazały, że dziewczęta przewyższają chłopców w znajomości łatwych, zwykłych i powszechnych pojęć, ci zaś w trudniejszych, więcej szczegółowych i wyjątkowych; chłopcy częściej nie mają zupełnie pojęcia o jakiejś zwykłej rzeczy ze swego otoczenia. JASTROW przeprowadził badania na studentkach i studentach (po 25 osób), każąc każdemu napisać po 100 oddzielnych słów w najkrótszym czasie. Przeciąg czasu u obu płci okazał się jednakowym; na 5000 słów 3000 powtarzało się na innych kartkach, a wynikająca ztąd wspólność wyobrażeń okazała się większą u studentek. Niepowtarzających się słów u studentów było 1375 (29%), u studentek 1123 (20,8%). Słowa pierwszych odnosiły się przeważnie do świata zwierzęcego, a dotyczących pokarmów było 53; u studentek dotyczyły przeważnie ubrania i jego materiałów, a odnoszących się do pokarmów było 179. W ogóle ta ostatnia kategoria badanych zdradzała szczególne zainteresowanie bezpośredniem otoczeniem, gotowymi przedmiotami użytku, pojęciami konkretnymi; studenci zaś przekładali pojęcia oderwane, rzeczy więcej odległe, użyteczne, ogólne, oczekiwane.

Podobnież w pracach literackich kobiet opis szczegółów przeważa nad całością, opisują doskonale podróże, obyczaje i t. p., ale nie obejmują głębszych stosunków życiowych.

Cała twórcza praca cywilizacyjna ludzkości, która powołała do życia instytucje religijne, wiedzę, wynalazki, arcydzieła sztuki, prawodawstwo i instytucje społeczne, jest dziełem mężczyzny. Ta pleć wydawała geniuszów i wybitne umysły, które z niezłomną wytrwałością, wbrew opinii i pokłaskowi otoczenia, dochodziły do wielkich celów oderwanych, stanowiących cywilizacyjne zdobycze ludzkości. Pomimo, że duchowość kobiet przedstawia najpodatniejszy grunt do wiary, i że należą one do najszczerzych i najgorliwszych wyznawców, na 600 religii i sekt tylko 7 zawdzięcza im swe powstanie (ELLIS). Pomiędzy słynnymi filozofami nie spotykamy ani jednej kobiety, pomiędzy głośniejszymi spotykamy bardzo niewiele; w matematyce jest kilka znanych, a żadna z nich nie położyła nadzwyczajnych zasług na tem polu wiedzy. Malarstwem zajmuje się dużo kobiet, ale żadna nie zdobyła sławnego imienia. W muzyce, jakkolwiek licznie występuje w rzędzie wykonawców, o ile się zdaje, nie wynalazła żadnego z weszłych w użycie instrumentów i nie wydała żadnego słynnego kompozytora. W poezji cechuje się skłonnością do mglistości i rozwlekłości. Tylko w sztuce aktorskiej najzupełniej pomyślnie może współzawodniczyć z mężczyzną. Będąc żądną sympatii, wrażliwą na objawy podziwu i uzyskiwany poklask, odznacza się dosadniejszym wyrazem wyładowaniem wzruszeń, łatwością przejmowania się i sugestywnością, a obok tego posiada własne doświadczenie i wprawę w cieniowaniu rozmaitych stanów usposobienia. Z tych samych powodów kobiety czytają głośno lepiej, niż mężczyźni.

Samobójstwo, przynajmniej w Europie, spotykamy 3—4 razy częściej u mężczyzn, niż u kobiet (ESQUIROL). Pierwsi przekładają sposoby czynne, wymagające więcej stanowczego zdecydowania, jak powieszenie, zastrzelenie się, podebrnięcie gardła; drugie uciekają się zwykle do sposobów więcej biernych, wymagających mniej stanowczych przygotowań i nie pociągających za sobą bezpośredniego uszkodzenia zewnętrznego wyglądu, jak utopienie się, otrucie, rzucenie się z wysokości i t. p. (ELLIS).

Powyższemi drogami podział czynności rozrodczej pociągnął za sobą głębokie przekształcenie gatunkowego typu na dwie wtórne formy, którym wytknął odmienny kierunek rozwoju i pchnął je na drogę rosnącej rozbieżności. Mężczyźnie, obok inicjatywy w czynności rozrodczej, przypadła w udziale wybitna indywidualność i przewaga sił fizycznych i umysłowych; kobiecie zaś, kosztem obniżenia indywidualizmu, przypadło główne pośtannictwo w złożonej i rozległej czynności rozrodczej. Pleć męska stała się w dziejach gatunku dźwignią dalszego rozwoju, żeńska — czynnikiem powstrzymującym, zachowawczym. Jak cielesnej tak i duchowe cechy wykazują u mężczyzn szersze, niż u kobiet, wahania. Spotykamy tu większą odmienność czaszki i mózgu, częstsze zboczenia rozmaitego rodzaju, częstsze występowanie głuchoniemoty, idiotyzmu, głupkowatości (*imbecillitas*) i genialności; kobiety więcej są do siebie podobne i, według spostrzeżeń antropologów, okazują wyraźniejsze pierwotne cechy rasy. Podobnież w trybie życia i sposobie myślenia przechowują dłużej znacznie one zabytki przeszłości, które spotykamy także w ubraniu, strojach i ozdobach, jak malowanie twarzy, noszenie kolczyków, bransolet, naszyjników, brosz i t. p.

Ta dążność do odmiennego rozwoju prowadziłaby bardzo daleko, gdyby nie przeciwdziałały jej ciągle trzy czynniki: współzycie, dziedziczność i wychowanie. Współzycie, oparte na wzajemnym pociągu, określającym obustronną

życzliwość i wymianę usług, zaznajamia z właściwościami i potrzebami innej płci i pociąga za sobą pewną asymilację obu stron: na mężczyźnie zaciera zbyt surowy hart walki o byt, kobiecie daje oparcie i źródło nowych wyobrażeń i pojęć. Dziedziczność przeciwdziała krzyżowaniu właściwości obu płci. Wreszcie wychowanie pozwala wpływać bezpośrednio na rozwój pewnych pojęć, uczuć i sposobów postępowania. W warunkach prawidłowego współistnienia pokoleń udział w kierowaniu wychowaniem biorą obie płcie i to zazwyczaj w ten sposób, że przewaga ich wpływu przypada na płć jednoimienną. W nieprawidłowych jednak przypadkach, gdy współistnienie pokoleń staje się ułamkowym, zdarzać się może, że wpływ jednej z płci zostaje wyłączonym. Wtedy u potomstwa płci jednoimiennej z pozostałą rozwija się bezwzględnie całokształt właściwych jej uzdolnień psychicznych, u różnoimiennej powstaje zamieszanie pomiędzy niedorozwiniętymi dążnościami własnymi a przejętymi od otoczenia sposobami zachowania się obcej płci. Zboczenie to, pod wpływem naturalnych dążności, może później częściowo ulegać wyrównaniu, w części jednak pozostaje stałym. Niezależnie od powyższych okoliczności, zboczenia wtórnych cech psychicznych mogą także zachodzić na drodze organicznej, mianowicie wskutek obniżenia kierowniczego wpływu gruczołów płciowych na rozwój wtórnych cech. W obu tych razach spotykamy momenty, grające niewątpliwie rolę w sporadycznym występowaniu osobników płci żeńskiej na polach działalności, właściwych mężczyźnie.

Uzdolnienie do walki u płci męskiej ma dwojakie pod względem płciowym znaczenie: rozstrzyga współzawodnictwo o płć drugą i określa w oczach tej ostatniej w znacznym stopniu wartość osobistą. Ztąd pobudki, przynieszone przez popęd płciowy, odznaczają się tu dążnością zwracania się w kierunku rozwoju tego uzdolnienia. Nie tak rzecz się przedstawia u kobiet. Tu, z natury rzeczy, przy mniej uwidoczniającej się wartości wewnętrznej, przeważającego znaczenia nabiera powab i piękno ciała oraz pewien brak indywidualnej siły. Strony te w bardzo ograniczonym zakresie mogą podlegać usiłowaniom dowolnym, a ztąd u tej płci powstaje cała kategoria zabiegów, skierowanych ku wzbudzeniu zainteresowania płci męskiej i zapewnieniu sobie przewagi we współubieganiu się płciowem. Zabiegi te służą do podniesienia osobistych powabów, bądź przez umiejętne ich uwydatnianie, bądź przez posługiwanie się ozdobami i strojem. Ubranie służy zarówno do ukrycia pewnych ułomności ciała, jak do uwydatnienia pewnych różnic anatomicznych, wywołujących wyobrażenia płciowe. W tym samym celu kobiety unikają powodów do wrażeń niekorzystnych lub odstręczających, ukrywają miesiączkowanie, kryją się z pewnymi potrzebami organicznymi, które mogłyby choć chwilowo przyćmiewać ich urok i budzić niewłaściwe skojarzenia. W stanowisku tem mieści się obfite źródło do rozwoju skłonności i przyzwyczajenia do udawania i oszukiwania. Kobiety np. są także słynne z usiłowań przewożenia kontrabandy przy przejeżdżaniu granicy. Ponieważ przy współubieganiu się mają one nader ograniczone pole do czynnego współzawodnictwa, ulegają łatwiej wzruszeniom natury biernej: niechęć, zawiść, zazdrość, żal i t. p. Wzruszenia te u nich trudniej równoważą się przez sprawy intelektualne i łatwo prowadzą do podstępного postępowania, skierowanego ku poniżeniu współzawodniczek za pomocą czernienia, obmowy, złośliwych uwag i t. p. Podobnie listy anonimowe piszą przeważnie kobiety. Ta różnica stanowiska wobec doboru płciowego i sposobów pozyskiwania płci innej stoi w związku z rozwojem pewnych, więcej utajonych dążności psychicznych, uwydatniających się w niektórych cierpieniach układu nerwowego. Tak w chorobach, należących do grupy neurastenii i histeryi, u mężczyzn przeważa usposobienie hi-

pochondryczne i skłonność do zastanawiania się nad zaburzeniami swego uczucia ogólnego, u kobiet — potrzeba obudzania współczucia, a nieraz wprawiania w podziw nadzwyczajnymi objawami choroby; w paraliżu postępowym, w towarzyszącym mu obłądzie wielkości u mężczyzn spotykamy wysokie spotęgowanie samopoczucia, u kobiet — nadzwyczajną próżność.

POPEŁ PŁCIOWY.

Najpierwotniejszym składnikiem świadomości jest wrażenie czyli uczucie zmysłowe. Jest to przejaw podmiotowy, powstający pod działaniem podrażnienia jakiego miejsca powierzchni czuciowej.

Ponieważ ta ostatnia składa się z dwóch części, jednej, zwróconej do otaczającego świata, na której powstają podrażnienia pod działaniem energii zewnętrznej, i drugiej, rozpostartej wewnątrz ciała, podrażnianej przez zmiany, zachodzące w samym ustroju, rozróżniamy dwa rodzaje wrażeń: zewnętrzne, czyli zmysłowe w ścisłym znaczeniu, i wewnętrzne.

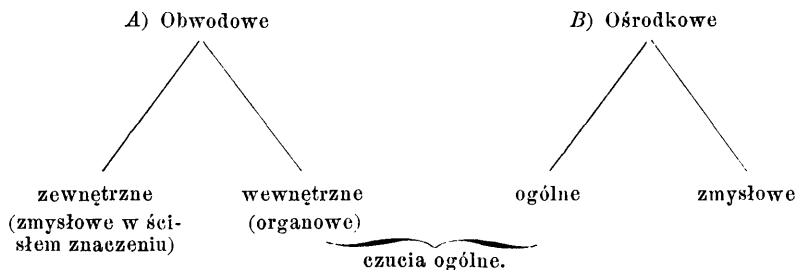
Każde wrażenie, wzięte osobno, posiada dwie własności: jakość i natężenie; rozpatrywane zaś jako składnik świadomości okazuje jeszcze trzecią: ton uczuciowy, określający przykrość lub przyjemność wrażenia wobec świadomości. Czucia dotykowe i wzrokowe posiadają jeszcze czwartą własność: oznaczenie miejscowe, które się przyczynia do ich umiejscawiania.

Energia zewnętrzna tylko pewnych postaci działa na nasze zmysły, a mianowicie tych, które spotykają urządzone odpowiednio narządy zmysłowe, uzdolnione do przeobrażania ich w ruch fizyologiczny. Jedne z nich, jak ciśnienie mechaniczne, temperatura, sprawy chemiczne, i elektryczność, działają na wszystkie zmysły i należą do ogólnych bodźców zmysłowych, inne, jak trzy pierwsze w słabem natężeniu, oraz dźwięk i światło, działają tylko na pewne poszczególne zmysły i stanowią ich właściwe bodźce. W każdej postaci energii rozróżniamy formę i siłę ruchu (tak np. w świetle — długość fali i obszerność drgań); forma określa jakość, siła — natężenie wrażenia. Większym różnicom formy, właściwym odrębnym postaciom energii, odpowiadają czucia różnorodne, należące do różnych zmysłów i nie okazujące między sobą przejść, jak np. dźwiękowe, świetlne, smakowe. Przerwy, które zostają między nimi odpowiadają postaciom energii, nieobdarzonym zdolnością działania na zmysły. Mniejszym różnicom formy, jakie zachodzą w obrębie tej samej postaci energii, odpowiadają czucia jednorodne, właściwe jednemu zmysłowi, które okazują zupełnie stopniowanie jakościowe przejścia, równoległe do stopniowania form ruchu odnośnej postaci energii.

Wrażenia czyli czucia wewnętrzne są o wiele mniej określone, zazwyczaj odznaczają się wielką jednostajnością jakości i natężenia, a przez to łatwo uchodzą uwagi i występują wyraźniej tylko w stanach nieprawidłowych. Są to zasadnicze składniki pocucia naszego stanu podmiotowego, czyli ogólnego uczucia ciała, i noszą stąd nazwę czuć ogólnych. Powstają one nie tylko na obwodzie, w narządach wewnętrznych, ale mogą powstawać także w ośrodkach, i ta ostatnia ich kategoria gra nader doniosłą rolę. Czuć tej kategorii świadomość nie umiejscawia na miejscu powstania, ale przenosi do odnośnych narządów obwodowych. Zaliczamy do nich trzy rodzaje czuć: zarządzające pewnymi czynnościami roślinnymi, ruchowe czyli innerwacyjne mięśni i ośrodkowe zmysłowe. Pierwsze, do których należą: czucie potrzeby oddychania, głodu, pragnienia, stanowią istotne części składowe uczucia ogólnego i zazwyczaj łączą się z obwodowymi uczuciami organowymi, jak np. ze strony żołądka przy głodzie. Drugie, jakkolwiek

umiejscawiane w mięśniach, zdradzają swój charakter ośrodkowy tem, że nie zależą od stanu mięśni, ale od siły, występującej tu, pobudki woli. Odznaczając się nader subtelnem cieniowaniem natężenia, biorą one udział w czuciu ogólnem w połączeniu z czuciami, wynikającymi z fizjologicznego stanu mięśni (stopień zmęczenia) i odgrywają wielką rolę przy powstawaniu wyobrażeń z czuć zewnetrznych. Wreszcie trzecie, polegając na podrażnieniu ośrodkowych zakończeń narządów zmysłowych, powstawać mogą dwojakim sposobem: albo pod działaniem wyobrażeń, jako składniki wyobrażeń odtwarzanych, albo pod wpływem bezpośrednich samodzielnych podrażnień, jako części składowe widziadeł, czyli halucynacyi, oraz marzeń sennych. Stoją one bardzo blisko zwykłych czuć zmysłowych i często nie dają się od nich odróżnić.

W ten sposób, według WUNDT'a, czucia możemy podzielić na



Ton uczuciowy, jak zaznaczyliśmy wyżej, waha się w granicach dwóch przeciwnych sobie znaczeń, występując jako przyjemny lub przykry. W pierwszym razie sprowadza stan rozkoszy, w drugim — cierpienia. W obu razach może ulegać stopniowaniu i spadać do punktu obojętnego, stanowiącego przejście między jednym a drugim znaczeniem. Zabarwienie przyjemne jest właściwością wrażeń, podnoszących fizyczny dobrobyt ustroju, przykre — upośledzających go. Wogóle jednak ton uczuciowy jest o wiele mniej stałą własnością czucia i, chociaż określa się jego natężeniem i jakością, w wysokim stopniu pozostaje zależnym od stanu samej świadomości.

Zależność od natężenia staje się widoczną w czuciach znacznej siły: towarzyszy im zawsze ból. W ten sposób na pewnej odległości od natężenia szczytowego czucie przybiera charakter cierpienia, które wzrasta w miarę dalszego wzrostu natężenia do swej szczytowej wartości. Poniżej, przy słabszym natężeniu, przypada punkt obojętny, a jeszcze niżej czucie przybiera charakter rozkoszy. W samej rzeczy, w zakresie wszystkich zmysłów wrażenia umiarkowanego natężenia cechują się znaczeniem przyjemnem. W ten sposób od siły bodźca zależy wahanie tonu uczuciowego pomiędzy rozkoszą i cierpieniem.

Wpływ jakości uwydatnia się w zmysłach, gdzie ton uczuciowy przeważa nad innymi składnikami wrażenia. Przykłady tego spotykamy w czuciach organowych, dotykowych, węchowych i smakowych. Wrażenia węchowe i smakowe rozdzielamy na przyjemne i przykre tylko na zasadzie jakości, jak np. słodczy i gorycz. Zawsze jednak i tu ton uczuciowy osiąga najwyższej wartości dodatniej tylko przy pewnem umiarkowaniem natężeniu czucia; przy dalszym jego wzroście nabiera również wartości ujemnej. W ten sposób położenie punktu obojętnego na skali natężenia zależy od jakości czucia. U większości wrażeń organowych przypada on bardzo blisko progu podrażnienia, t. j. najniższej siły bodźca, wywołujące czucie,

W obrębie wrażeń dźwiękowych charakter tonu uczuciowego określa się przez wysokość tonu i barwę dźwięku. Tony niskie budzą nastrój poważny i pełen godności, tony wysokie — wesoły i żartobliwy, pośrednie — spokojny i równy. Barwa dźwięku, zależąc od współbrzmienia tonów górnych, działa odpowiednio do przeważającego ich charakteru.

(C. d. n.).

IX Zjazd chirurgów polskich w Krakowie.

Napisał

S. GROSLIK.

(Ciąg dalszy. — Zob. Nr. 38).

Posiedzenie czwarte. Prof. RYDYGIER przedstawia stół wyciągowy SCHEDE'go, który, zdaniem jego, oddaje doskonale usługi w leczeniu garbów sposobem CALOT'a, tudzież przy zakładaniu opatrunków unieruchamiających na kończyny.

KARCHESY (Lwów) podaje spostrzeżenia nad wartością przedoperacyjnego wstrzykiwania żelatyny jako środka zapobiegającego krwotokowi podczas operacji. Opierając się na fakcie, że krzepliwość krwi po wstrzyknięciu żelatyny pod skórę znacznie się zwiększa, mówca pragnął się przekonać, czy okoliczność ta da się wyzyskać w celu zmniejszenia krwawienia miąższowego podczas operacji. Wstrzykiwał on w tkankę podskórną zewnętrznej strony uda 200 grm. 2% roztworu żelatyny w fizyologicznym roztworze soli, celem zaś przyspieszenia wessania zakładał na miejsce nakłuc opatrunek uciskający, zmoczony w płynie BUROW'a. Do operacji przystępował w 1 1/4 godziny po zastrzyknięciu powyższego roztworu. Krwawienie z tkanki podskórnej, mięśni i gruczołów było mniejsze, niż zwykle, wszakże to działanie żelatyny trwało tylko 4—6 godzin, po upływie zaś tego czasu występowało w każdym przypadku krwawienie między tkanki, o ile nie zakładano mocno uciskającego opatrunku na ranę. W jednym przypadku wola, operowanym sposobem SOCIN'a, krwotok był bardzo silny. Na zasadzie kilku spostrzeżeń dochodzi mówca do wniosku, że w warunkach prawidłowych użycie żelatyny nie przedstawia żadnych korzyści, natomiast sądzi, że mogłoby ono okazać się pożytecznem przy operacjach większych u osób dotkniętych krwawiączką.

PRUSZYŃSKI (Warszawa) zwraca uwagę na potrzebę wykonywania odpowiednich doświadczeń na zwierzętach.

GROSLIK nie podziela końcowej uwagi prelegenta i zaznacza, że rany cięte nie wywołują u krwawców większego krwawienia, niż u innych, posługiwanie się zatem żelatyną w tych rzadkich przypadkach jest również zbyteczne.

URBANIK (Kraków) opisuje przypadek rany postrzałowej wątroby, spostrzegany w klinice chirurgicznej. Chory otrzymał postrzał w okolicę prawego podżebrza z pistoletu gładkiego (8 mm.) z odległości około 18 kroków, w godzinę zaś potem przystąpiono do operacji (RUTKOWSKI) z powodu szybko wzmagających się objawów ostrej małokrwistości. Po otwarciu jamy brzusznej i usunięciu z niej znacznej ilości świeżo wylanej krwi, dostrzeżono na przedniej powierzchni prawego płata wątroby szczelinowate rozdarcie długości około 10 ctm.,

mocno krwawiące. Założono ścisły szew katgutowy, przechodzący pod dno rany, poczem krwotok natychmiast ustał. Zranień innych narządów jamy brzusznej nie znaleziono. Za pomocą odpowiednio nałożonych szwów wydzielono zaszyty odcinek wątroby z jamy brzusznej, zaszyto ranę skórną w części dolnej, u góry zaś zostawiono otwór, przez który wprowadzono paski gazy jodoformowej. Przebieg pooperacyjny bezgorączkowy. Chory po upływie 6 tygodni opuścił klinikę jako uleczony.

Doc. WEHR potwierdza szczegół, na który zwrócił uwagę URBANIK, że obok znacznego krwawienia wewnętrznego krwawienie zewnętrzne może być bardzo nieznaczne. Bywa to również i w ranach postrzałowych serca.

Doc. BARĄCZ przedstawia rzadki preparat „*torsio omenti intraabdominalis*“, uzyskany podczas operacji uwięźniętej przepukliny pachwinowej, i objaśnia mechanizm skrętu. Na okazyje widać podwójny skręt sieci: jeden znajdował się w samym worku, drugi w jamie brzusznej.

Doc. WEHR twierdzi, że pięć podobnych przypadków opisano w literaturze.

RUTKOWSKI operował zupełnie podobny przypadek.

Doc. BARĄCZ: „O sposobie zamknięcia światła rezekowanego jelita i nowym sposobie łączenia rezekowanych końców“. Mówca objaśnia i okazuje na preparatach sposób zamykania światła jelita, używany przezeń od r. 1891. Sposób ten polega na wgłobieniu końca rezekowanego i zakładaniu szwu kapciuchowego. Następnie mówca demonstruje nowy sposób łączenia rezekowanych końców jelita, stanowiący modyfikację sposobu LANDERER'a — użycie walca roślinnego, wgłobienie końca doprowadzającego w odprowadzający i kilka szwów dodatkowych. Zrosty obu końców są silne i szerokie, zwężenie światła w miejscu enterorafii nie następuje. Doświadczenia swoje przeprowadził mówca na psach.

RUTKOWSKI zaznacza, że sposobu tego używa od kilku miesięcy, wszakże celem otrzymania jaknajmniejszego kikuta wPOCHWIONEGO zmiążdża końce rezekowanego jelita kleszczami DOYEN'a, poczem zakłada podwiązkę.

Doc. BARĄCZ: „Kilka słów w sprawie leczenia twardzieli nosa“. Na podstawie doświadczenia, zdobytego w dwóch przypadkach, BARĄCZ poleca użycie elektrolizy celem przywrócenia drożności nosa na czas dłuższy. W razie silnego bujania tkanki twardzielowej, wyrastającej z muszel nosowych w postaci guza, mówca zaleca rozległą rezekcję obustronną tętnicy dogłowej zewnętrznej (*carotis ext.*) w celu zabezpieczenia się przed krwotokiem podczas wyluszczenia nowotworu. W jednym przypadku, będącym jeszcze w leczeniu, mówca podwiązał tętnicę z jednej strony, poczem obrzęk zmieknął i znacznie zmalał.

GROSLIK mówił „o leczeniu przerostu gruczołu krokowego sposobem BOTTINI'ego“. Przedstawił wyniki, otrzymane przezeń w 5 przypadkach przerostu gruczołu krokowego. Przypadek pierwszy dotyczy chorego, który był operowany trzykrotnie z powodu kamieni w pęcherzu, pomimo to jednak doznawał stale zaburzeń w oddawaniu moczu, które polegały na tem, że mocz wydobywał się z trudnością, często zatrzymywał się i spływał przeważnie kroplami. Stwierdziwszy znaczny przerost gruczołu krokowego, G. wykonał operację BOTTINI'ego, po której wszelkie zaburzenia w oddawaniu moczu ustały. W przypadku drugim chory posługiwał się od roku cewnikiem 2—3 razy w ciągu nocy z powodu zatrzymania moczu. Po dwukrotnej operacji BOTTINI'ego odzyskał całkowicie możność dobrowolnego oddawania moczu. Przypadek trzeci dotyczy chorego, który od 2½ lat wprowadzał cewnik 4—6 razy dziennie, dotknię-

ty był bowiem całkowitem zatrzymaniem moczu. Dwukrotnie wykonana operacja BOTTINI'ego sprowadziła na razie pewne polepszenie w stanie chorego, dopiero po upływie miesiąca wystąpiły na jaw zbawienne skutki operacji. Chory odzyskał sprawność pęcherza zupełną, posługiwał się zaś cewnikiem raz tylko wieczorem, co mu zapewniało spokój przez noc całą, w przeciwnym bowiem razie budził się 2—3 razy w nocy z powodu potrzeby oddawania moczu. W przypadku czwartym istniało całkowite zatrzymanie moczu przeszło rok, i chory posługiwał się cewnikiem 4—5—6 razy na dobę. Po dwukrotnie wykonanej operacji nastąpiło zupełne wyleczenie. Nakoniec w przypadku piątym, świeżo zoperowanym, zatrzymanie zupełne moczu trwało 11 miesięcy i ustąpiło całkowicie po dwukrotnie wykonanej operacji BOTTINI'ego.

Na zasadzie wyników powyższych mówca rokuje operacji BOTTINI'ego świetną przyszłość, tembardziej że zabieg daje się wykonać bez wszelkich trudności, nie wymaga uspienia chloroformowego i nie sprowadza groźnych powikłań pooperacyjnych. Krwotoku nie widział mówca ani podczas operacji, ani w przebiegu pooperacyjnym. Jeżeli po operacji chory nie jest w stanie oddawać moczu dobrowolnie, należy opróżniać pęcherz za pomocą cewnika. Cewnik na stałe wskazany jest tylko w przypadkach, w których cewnikowanie systematyczne napotyka trudności, lub w przypadkach ciężkiego zapalenia pęcherza, które nie dało się zwalczyć przed operacją. Chorzy znoszą cewnik *à demeure* doskonale. Mówca kładzie nacisk na konieczność ścisłego przestrzegania podanych przez BOTTINI'ego wskazań do operacji, nadewszystko zaś nie radzi operować w przypadkach, powikłanych cierpieniem nerek lub miedniczek, w razie złego stanu ogólnego, tudzież w przypadkach, w których mięsień pęcherzowy utracił zdolność kurczenia się. Większą część ogłoszonych zejść śmiertelnych po zabiegu BOTTINI'ego oraz niepowodzeń należy, zdaniem mówcy, złożyć na karb lekceważenia wskazówek twórcy metody.

Na zakończenie G. zwraca uwagę na niedokładność narzędzia, służącego do wypalania gruczołu krokowego, mianowicie na wadę w budowie noża, który pod wpływem prądu galwanicznego mięknie i zakrzywia się. W ten sposób nóż nie wraca do przeznaczonej dlań pochwy, lecz opiera się o krawędź jej, wskutek czego usuwanie narzędzia z cewki napotyka trudności. Udoskonalenie narzędzia jest zatem rzeczą bardzo pilną.

W dyskusyi pierwszy zabiera głos prof. RYDYGIER i zapytuje, czy doskonale wyniki, jakie otrzymał GROSLIK, nie pochodzą ztąd, że G. operował przypadki świeże, w których niekiedy leczenie paliatywne również daje wyniki dobre. Następnie zwraca uwagę na groźne powikłania pooperacyjne, jakie zdarzały się rozmaitym autorom. Sam R. opisał przypadek zejścia śmiertelnego po operacji BOTTINI'ego, wskutek spalenia ściany pęcherza aż do otrzewny.

KRYŃSKI zapytuje, czy GROSLIK badał chorych za pomocą cystoskopu przed przystąpieniem do operacji, zdaniem bowiem K. do operacji BOTTINI'ego nadają się tylko przypadki, w których przerostowi ulega zraz średni gruczoł krokowego.

RUTKOWSKI zauważył, że skrzywienie się noża, o którym mówił G., zależy od zbyt szybkiego wykonywania operacji. W dwóch przypadkach, operowanych przez ś. p. prof. OBALIŃSKIEGO, nóż również się wykrzywił, natomiast R., posuwając nóż powoli, zjawiska tego nie obserwował. RUTKOWSKI demonstrował następnie pęcherz osobnika, który zmarł w 4 tygodnie po operacji BOTTINI'ego. Na preparacie tym widać gruczoł krokowy doskonale przepołowiony, w trójkącie zaś LIEUTAUD'a ściana pęcherza uległa spaleniu.

Prof. RYDYGIER powątpiewa, czy na przedstawionym przed RUTKOWSKIEGO preparacie płaty gruczołu krokowego pochodzą istotnie z przepołowienia zrazu średniego. Sądzi on, że są to zrazy boczne gruczołu, nietknięte wcale narzędziem BOTTINI'ego. Zdaniem prof. RYDYGIERA, w przypadku tym nie istniał wcale zraz średni.

RUTKOWSKI na poparcie swojego twierdzenia powołuje się na doc. CIECHANOWSKIEGO, który podczas sekcji widział świeży preparat i stwierdził obecność tkanki granulacyjnej na obu zwróconych do siebie powierzchniach przepołowionego zrazu.

Doc. WEHR sądzi, że przedstawiony okaz nie pozostawia najmniejszej wątpliwości, że gruczoł krokowy został istotnie przepołowiony

GROSLIK odpowiada prof. RYDYGIEROWI, że we wszystkich operowanych przezeń przypadkach cierpienie trwało od roku do 2½ lat, o czym w odczycie swoim wspomniał, że wszędzie stosowane było leczenie paliatywne, które nie dało najmniejszej poprawy. Wyniki zatem, które otrzymał, należy przypisać wyłącznie stosowanemu przezeń zabiegowi. Wszystkie te przypadki były przed operacją badane za pomocą cystoskopu, przyczem stwierdzono przerost wszystkich zrazów gruczołu krokowego, co przemawia przeciw zdaniu KRYŃSKIEGO, jakoby operacja BOTTINI'ego nadawała się tylko do przypadków, w których przerostowi ulega zraz średni. Co się tyczy nieszczęśliwych powikłań, które spostrzegali RYDYGIER i RUTKOWSKI, to, zdaniem G., spalenie ściany pęcherza daje się z łatwością uniknąć za pomocą kontrolowania położenia dziobu narzędzia palcem, wprowadzonym do odbytnicy. Nóż należy puścić w ruch dopiero wówczas, gdy palec, wprowadzony do odbytnicy, wskaże, że dziób incisora jest mocno wkliniowany w gruczoł krokowy. GROSLIK nie podziela zdania RUTKOWSKIEGO, że skrzywienie noża zależy od zbyt szybkiego nacinania gruczołu krokowego. W ostatnim przypadku swoim G. posuwał nóż bardzo powoli, pomimo to jednak skrzywienie nastąpiło.

GROSLIK przedstawia krótko wyniki poszukiwań swoich nad „wartością leczniczą urotropiny w chorobach zakaźnych narządu moczowego“. Dzięki pracom NICOLAIER'a urotropina zdobyła sobie w czasach ostatnich wielkie uznanie lekarzy i stopniowo ruguje z użycia wszelkie inne leki, nie wyłączając salolu, który do niedawna jeszcze stał na czele wszystkich środków, mających okazywać skuteczne działanie w cierpieniach zakaźnych dróg moczowych. Sławę tę zawdzięcza urotropina swemu składowi chemicznemu, tworzy bowiem połączenie amoniaku z aldehydem mrówczanym, który, jak wiadomo, posiada niezwykle własności odkażające. Ponieważ urotropina bardzo szybko przechodzi do moczu, zrodziło się przypuszczenie, że ulega ona w drogach moczowych rozkładowi, dzięki czemu wywiązuje się wolny aldehyd mrówczany. Niektórzy autorowie utrzymują, że ciało to istotnie w moczu wykryli i tej okoliczności przypisują znakomite działanie odkażające urotropiny. Mówca zakreslił badaniom swym trzy punkty wytyczne: 1) sprawdzenie skąpych, a sprzecznych jeszcze dotychczas danych co do występowania aldehydu mrówczanego w moczu; 2) sprawdzenie własności przeciwnieślnych urotropiny; 3) sprawdzenie działania leczniczego urotropiny.

Wyniki tych poszukiwań dadzą się streścić w sposób następujący:

1) Rozkład urotropiny w ustroju jest co najmniej wątpliwy, G. bowiem ani razu nie był w stanie wykazać aldehydu mrówczanego w moczu po zażyciu urotropiny. Zdaniem G. urotropina zostaje wydalona z ustroju w stanie niezmiennym,

2) Urotropina nie działa zabójczo na mikroby, zawarte w moczu. Posiada ona własność wstrzymywania rozwoju drobnoustrojów na czas bardzo krótki. Pod tym względem niema ona żadnej przewagi nad innymi środkami, jak salol, salicylan sodu i t. p.

3) Rozpowszechnione mniemanie, jakoby urotropina oddziaływała zba-
wiennie w chorobach zakaźnych dróg moczowych, jest błędne. Niema ona żad-
nej przewagi nad wymienionymi dopiero co środkami przeciwwskazywającymi i rów-
nież jak one okazuje się zupełnie bezsilną, gdy chodzi o cierpienia przewlekłe.

Odczyt ten będzie ogłoszony w „Medycynie“.

Doc. Bossowski podaje wyniki „leczenia przepuklin mózgowych“, spostrzeganych w ciągu ostatnich trzech lat w oddziale chirurgicznym św. Lu-
dwika w Krakowie. Z liczby 7 przypadków przepuklin dwa należały do rzędu na-
bytych po urazie (*meningocoele spuria*), pięć zaś do wrodzonych. Te ostatnie segre-
guje mówca w sposób następujący: 1 *kenencephalocoele occipitalis* wielkości połowy
jaja strusiego, 1 *kenencephalocoele naso-frontalis* wielkości jaja kurzego, obie u dzie-
wcząt; 1 *cystencephalocoele sincipitalis* wielkości orzecha włoskiego w okolicy gła-
dzinki, 1 *meningocoele naso-ethmoidalis*, złożona z trzech guzków wielkości grochu
i usadowiona na granicy między chrzęstną a kostną częścią nosa, obie u chłop-
ców; wreszcie 1 *exencephalia* w połączeniu z *cranio-* i *rachischisis* u płodu męskiego,
zmarłego w kilkanaście godzin po urodzeniu. Z wyjątkiem ostatniego przypadku,
który był tylko przedmiotem spostrzegania, pozostałe cztery przypadki przepu-
kliny wrodzonej leczone były chirurgicznie, mianowicie *meningocoele naso-ethmoida-
lis* za pomocą nakłucia i ucisku, dwa zaś przypadki *kenencephalocoele* i jeden *cysten-
cephalocoele* przez doszczętne wycięcie guza. Wszystkie 4 przypadki zakończyły
się pomyślnie. Wiek dzieci wahał się między 2 a 15 miesiącami życia.

W dwóch przypadkach, operowanych przez wycięcie guza, mówca pokrył
bramę przepuklinową okostną z sąsiedztwa otworu, w jednym zaś ograniczył się
zeszyciem opony i skóry nad brakiem kostnym.

Jako przeciwwskazania do operacji mówca uważa znaczne zmniejszenie po-
jemności czaszki, rozszczep górnych kręgów szyjowych, powikłanie wodogłó-
wem wysokiego stopnia tudzież istnienie innych wad rozwojowych, które same
przez się nie dają nadziei utrzymania dziecka przy życiu.

Wreszcie Bossowski zastanawia się nad sprawą wyboru chwili odpowie-
dniej do operacji. Zebrane przez mówcę dane statystyczne dowodzą, że z dzieci
operowanych szczęśliwie bardzo mały zaledwie procent pozostaje przy życiu,
reszta ginie wskutek wodogłowia. Ztąd mówca wnosi, że należałoby może zgo-
dnie z zapatrywaniem RYDYGIERA czekać z operacją i wykonać ją dopiero wów-
czas, gdy dziecko rozwinie się umysłowo i fizycznie.

Doc. SCHRAMM: W ciągu lat 14-tu, odkąd prowadzę oddział chirurgiczny
w szpitalu św. Zofii, spotkałem 12 przepuklin mózgowych. Raz jeden tylko prze-
puklina znajdowała się na tyłogłowie, reszta zawsze na części przedniej czaszki,
jako przepuklina noso-czołowo-gładzinkowa. Wszystkie przypadki operowałem
przez wycięcie worka, odprowadzenie lub, gdy to było niemożliwe, odcięcie wy-
padłej części mózgowia i zamknięcie bramy przepuklinowej przez zeszywanie opon
mózgowych i skóry. W 4 przypadkach przepukliny noso-czołowej pokryłem bra-
mę płatem kostno-okostnowym, wziętym z sąsiedniej części kości czołowej. Na
podstawie tych spostrzeżeń przyszedłem do przekonania, że przepukliny przednie
pozwalają na rokowanie daleko lepsze, niż tylne, że wzrost ich jest zazwyczaj po-
wolny, że wynik operacyjny jest tem lepszy, im dziecko jest starsze. Dlatego też
w ostatnich czasach odkładałem operację, o ile się dało, aż dziecko doszło do 2

lub 3 lat, a tylko w przypadkach, gdy przepuklina szybko się powiększała. brzy-
stępowałem do zabiegu wcześniej. Co do wyników, nadmieniam, że przypadek
bardzo znacznej przepukliny tyłogłowej zakończył się śmiertelnie, również
niepomyślnie zakończyły się 3 przypadki przepuklin przednich, ośmioro pozosta-
łych dzieci opuściło szpital zdrowe; dalszy ich los nie jest mi jeszcze wiadomy.

(D. n.).

O ruchu chorych w Szpitalu Zapasowym za m. sierpień r. b.

Pozostało z ubiegłego miesiąca chorych 72 (m. 38, k. 34); przybyło w sier-
pniu 215 (m. 122, k. 93); wypisało się 162 (n. 88, k. 74); zmarło 20 (m. 12, k. 8); po-
zostało na miesiąc następny chorych 105 (m. 60, k. 45).

Ogólna liczba chorych była niezmiernie duża i nigdy jeszcze w szpitalu na-
szym nie notowana. Składały się na nią panująca w dalszym ciągu w dosyć sze-
rokich rozmiarach biegunka krwawa a także tyfus brzuszny i róża. Na szczegó-
lne zaznaczenie zasługuje niezwykle u nas liczba chorych na tyfus brzuszny, któ-
ry zresztą od dłuższego już czasu stale choć powoli się zwiększa. Na szczęście
śmiertelność była bardzo nieznaczna, a przebieg choroby niezbyt ciężki. Dodać
również trzeba, że prawie połowa chorych tyfusowych pochodziła z okolic mia-
sta i Pragi. Z objawów pomyślnych w miesiącu ubiegłym zaznaczyć należy bar-
dzo rzadkie w dalszym ciągu pokazywanie się ospy i nieliczne również tyfusu
wysypkowego.

Na pierwszy więc plan w sierpniu wystąpiła w dalszym ciągu biegunka
krwawa, której mieliśmy przypadków 60 (m. 39, k. 21), z których śmiercią zakoń-
czyły się 4 (m. 2, k. 2). Chorzy pochodzili z ulic i domów: Podwale 5 i 22, Stare
Miasto 28, Kawęczynska 35, Raszyńska 18, Długa 30, Wolność 14, Waliców 22,
Miedziana 16, Petersburska 9, Żórawia 31, Piaskowa 8 (3 przypadki), Czerniakow-
ska 89, Zajęcza 11, Hoża 51, Stawki 77 i 39, Białostocka 3, Strzelecka 25, Bru-
dnowska 2, Łucka 10 i 11, Graniczna 10, Wileńska 11, Piwna 17, Solec 38, Ale-
ksandrya 6, Włodzimierska 10, Bugaj 9, Dzielna 35, 23, 27 (2 przypadki) 56 i 4;
Plac św. Aleksandra 18, szpital Praski, Twarda 20, Bracka 17, Burakowska 4,
Skierniewicka 204 oraz Wola (3 przypadki) i Drewnica.

Drugą rubrykę, 3 razy większą, niż w miesiącu ubiegłym, zajął tyfus brzu-
szny, którego zanotowano przypadków 30 (m. 15, k. 15). U 2 chorych przebieg
był niepomyślny. Chorzy przybyli z ulic i domów: Krucza 21, Rybaki 4, Dzielna
76, Freta 30, Parysowska 19, Chłodna 25, Górczewska 7, Tamka 44, Brukowa 30
i 5, Maryańska 6, Kowieńska 10, Piwna 5, Rycerska 6, Wiosenna 3, Kałuszyń-
ska 5, Łucka 26, Brudnowska 6, Równa 19, Targowa 22, Św. Jerska 28, Ptasia 4,
Saska Kępa oraz wsie: Grochów, Chrzanowo, Łaskawo, Wirów, Targówek, Osin-
ki i Radzymin.

Następną rubrykę, 2 razy większą, niż w lipcu, zajęła róża, której mieliśmy
przypadków 34 (m. 14, k. 20), z których jeden zakończył się niepomyślnie. Cho-
rzy pochodzili z ulic i domów: Pańska 94, (2 przypadki), Zakroczymska 31, Hoża
15, Wolska 35, Solec 97, Aleja Ujazdowska 5, Śliska 16 i 46, Chmielna 45, Kra-
kowskie Przedmieście 15, Czyszowa 9, Wspólna 17, Plac Warecki 3, Czernia-
kowska, Św. Jerska 19, Petersburska 5, Przemysłowa 32, Nowy Świat 18, Mio-
dowa 5, Szczygła 4, Leszczyńska 9, Nowolipki 33, Wilcza 19, Wolska 21, Brzozo-
wa 35, Wola (2 przypadki), Włochy, Pawlicz, Krasnolipki i Wirów.

W jednej mierze trzymał się tyfus wysypkowy, którego zanotowano przypadków 8 (m. 5, k. 3) z przebiegiem dosyć ciężkim. Trzy przypadki zakończyły się niepomyślnie. Chorzy przybyli z ulic i domów: Bednarska 15, Mostowa 9, Freta 51, Leopoldyny 14, Brudnowska 6, Szeroka 13, Młociny i miasteczko Tarnobrzeg.

Dwa razy więcej, niż w lipcu, mieliśmy odry, przypadków 9 (m. 6, k. 3), wszystkie pomyślnie zakończone. Chorzy pochodzili z ulic: Widok 2, Złota 50 (3 przypadki), Wronia 36, Wolska 9, Czysta 8, Wola i Ochota.

Jednakową liczbę mieliśmy osp y: przypadków 6 (m. 2, k. 4). Dwa przypadki u chorych nieszczepionych zakończyły się niepomyślnie. Chorzy przybyli z ulic i domów: Chmielna 59, Miła 64, Złota 55, Wronia 51, Grzybowska 63 i Nowo Karmelicka 14.

Z innych chorób zakaźnych mieliśmy: 9 przypadków ostrego nieżytu żołądka i kiszek, 7 — zapalenia gardła (*angina*), po 3 przypadki: płonicy (Wolska 34, Grzybowska 59, Wilcza 44) i zapalenia płuc krupowego; 2 — gruźlicy płuc oraz po jednym przypadku: gorączki połogowej, gruźlicy mózgu, błonicy gardła i zimnicy.

Chorych, niewłaściwie do nas skierowanych, mieliśmy 32 (m. 25, k. 7).

Biletów odmownych chorem, nie kwalifikującym się do szpitala Zapasowego, wydano 21 (m. 11, k. 10); dla braku zaś miejsc 8 (m. 7, k. 1).

Badań pośmiertnych wykonano 14 (m. 9, k. 5).

Rewekcynacyi w miesiącu ubiegłym dokonano 52 (m. 21, k. 31).

J. Sz waj cer.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= HEINRICIUS i KOLSTER opisali przypadek powtórnej ciąży zewnętrzno-maciczej w tejże trąbce. Kobieta 33-letnia przed 6 laty zauważyła guz w brzuchu i utratę miesiączki, po 6 miesiącach menstruacja zjawiała się i jednocześnie guz począł się zmniejszać. W 1897 r. nastąpiło powiększanie się guza, a po 4 miesiącach chora uczuła ruchy płodu, trwające około 4 miesięcy. Chora wkrótce zmarła na gruźlicę i zapalenie otrzewny. Badanie zwłok wykryło, iż trąbka lewa zawierała worek płodowy z donoszonym płodem, a prócz tego płyn brunatny, zawierający pojedyncze części szkieletu drugiego płodu, który prawdopodobnie rozwinął się w trąbce przed 6 laty. (Arch. f. Gyn. T. 48).

= UHTHOFF opisuje złudzenia wzrokowe w chorobach oka. Pewna nauczycielka, dziedzicznie usposobiona do cierpień psychicznych, pod-

czas obustronnego zapalenia naczyń widziała liście w obrębie niedomogi pola widzenia. Inny chory, mający zmętnienia w ciele szklistem, widział ptaki, aniołów i t. p. W dwu przypadkach widzenia połowicznego złudzenia zjawiały się w obrębie brakujących pól widzenia, nie przekraczając linii pośrodkowej. (Arch. f. Augench. T. 38).

= LEHMANN podaje objawy, mające ważne znaczenie prognostyczne przy chloroformowaniu. Na objaw zwróciła jego uwagę pewna kobieta, która przez lat kilka asystowała przy usypianiami. Mianowicie, w razie trudnego usypienia chorzy od samego początku mają oczy otwarte lub napół otwarte, nawet przy usiłowaniu przemykania im powiek. (Wien. med. Presse. 2. 4. 99).

= SAEMISCH podaje jedyny w swoim rodzaju przypadek świerzburogówki u 19-letniego mężczyzny. W samym środku rogowki widać było na-

ciek, przedstawiający szarawo-białą masę włóknistą, zmieniającą swe położenie przy ruchach powiek. Część tej masy, zdjęta pincetą i badana pod drobnowidzem, była, jak okazało się, samieczką świerzba (*acarus scabiei*) z 8 jajami. (Klin. Monatsbl. f. Augenh. grudzień 98).

= SCHWYZER opisuje przypadek wycięcia całej okrężnicy oraz części trzustki i żołądka z powodu raka. Po upływie 1½ miesiąca pacjent opuścił szpital w stanie zdrowym. (Wracz 14—99).

P.

Wiadomości bieżące.

— Na posiedzeniu Warszawskiego Towarzystwa lekarskiego w dniu 26 b. m. na przewodniczącego Kasą wsparcia wdów i sierot, po lekarzach pozostałych, wybrany został na miejsce kol. PUŁAWSKIEGO, opuszczającego nasze miasto, kol. Maryan JAKOWSKI.

— Na dyrektora zakładu leczniczego w Nałęczowie na miejsce zmarłego w r. b. ś. p. d-ra CHMIELEWSKIEGO zgromadzenie współwłaścicieli wybrało kol. Arkadyusza PUŁAWSKIEGO, dotychczasowego ordynatora szpitala Dz. Jezus w Warszawie.

— W m. Wołożynie, Wileńskiej gub.

poszukuje się lekarza polaka, katolika, do dóbr Hr. Tyszkiewicza, obowiązkowe leczenie słoźby w 4-ch majątkach w promieniu 10 wiorst, warunki: 400 rb. rocznie, mieszkanie, opał i konie dla wyjazdów, przytem możliwa wolna praktyka. Adres: W-ny Moraczewski w m. Wołożynie, gub. Wileńska.

— W końcu b. m. odbyć się ma w Brukselli zjazd lekarzy Towarzystw ubezpieczenia na życie i od wypadków.

— Zjazd chirurgów francuskich odbędzie się w połowie października r. b. w Paryżu.

— **Zmarli.** D-r Michał BORYSIEKIEWICZ, profesor okulistyki uniwersytetu w Gracu, zmarł po krótkich cierpieniach w dniu 18 b. m. w 52 roku życia. Urodzony w roku 1843 w Białobożnicy pod Czortkowem we wschodniej Galicji, po ukończeniu wydziału medycznego w Wiedniu, był kolejno asystentem prof. ARLT'a i STELLWAG'a, następnie docentem w Wiedniu. Mianowany profesorem okulistyki w Innsbrucku wkrótce zastąpił jako znakomity pedagog. Zamiłowany w swej specjalności umiał postawić katedrę okulistyki na wysokości pierwszorzędnego przedmiotu. Kolejno pełnił zaszczytne obowiązki dziekana i rektora. Przeniesiony następnie do Gracu i tu zastąpił jako znakomity nauczyciel i dzielny praktyk. Jego staraniami i kierunkowi zawdzięcza Grac nową wspianą klinikę. Umiał zawsze wlać zapał dla ukochanej przez niego wiedzy w serca słuchaczy, i choć był bardzo wymagający, rozumiał i kochał młodzież. Zewsząd też przyjeżdżali doń młodzi lekarze dla specjalnego kształcenia się w okulistyce, a nikomy rady i pomocy nie odmawiał. Z prac jego naukowych należy zaznaczyć wieloletnie badania nad budową siatkówki, nad zmianami w oczach u chorych umysłowo i inne. Cześć Jego pamięci!

— W Paryżu zmarł d-r Kazimierz SZWYKOWSKI, urodzony w Wilnie w roku 1814.

— W Wiedniu zmarł w 67 roku życia d-r Karol STÖRK, profesor laryngologii, uczeń TÜRCK'a. Położył wielkie zasługi zwłaszcza w zakresie leczenia chorób krtani.