

# MEDYCYNA

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

Nr 27.

Warszawa d. 21 Czerwca (4 Lipca) 1903 r.

T. XXXI.

Warunki przedpłaty: w Warszawie rocznie rb. 6, półrocznie rb. 3. Z przesyłką pocztową rocznie rb. 7, półrocznie rb. 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 Administracja „Medycyny“. W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38.

Adres Wydawcy: Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. Przypadek torbieli jajnika u dziewczynki 10-letniej. Skręcenie szypuły. Skręt kiszki esowatej. Podał A. Karczewski. — Przyczynek do badań nad chorobą Morvan'a i nad powstawaniem jam w rdzeniu. Podał W. Sterling. (Ciąg dalszy). — STRESZCZENIA i WYCIĄGI. 68. O zachowaniu się chirurga wobec chorego na moczówkę cukrową. 69. Dwa przypadki porażenia ołowianego u dzieci. — Sprawozdanie z XXXII Zjazdu Chirurgów w Berlinie w d. 3, 4, 5 i 6 czerwca 1903 r. — STRESZCZENIA ZBIOROWE. O wpływie alkoholu na organizm dziecka. Skreślił A. Tumpowski. (Dokończenie). — KRONIKA. — DROBNIEJSZE WIADOMOŚCI RÓŻNEJ TREŚCI. — Spis prac oryginalnych, w czasopismach lekarskich polskich zawartych w czerwcu 1903 r. — OGŁOSZENIA.

## „MEDYCYNA“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE  
destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r A. Karczewski — Un cas de kyste d'ovaire chez une enfant de 10 ans avec torsion du pédicule et du S iliaque. 2) D-r W. Sterling — Contribution aux recherches sur la maladie de Morvan et sur la formation des cavernes dans la moelle.

Redaction Dr. M. Sadowski. Varsovie — Rue Krakowskie Przedmiescie 7.

## „MEDYCYNA“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT  
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen. 1) D-r A. Karczewski — Ein Fall von Eierstockcyste bei einem 10-jährigen Mädchen mit Torsion des Fusses und der Flexura sigmoidea. 2) D-r W. Sterling — Ein Beitrag zur Frage der Morvan'schen Krankheit und der Höhlenbildung im Rückenmark.

Redaction: Dr. M. Sadowski Warschau — Krakowskie Przedmiescie 7.

## PRACE ORYGINALNE.

### Przypadek torbieli jajnika u dziewczynki 10-letniej. Skręcenie szypuły. Skręt kiszki esowatej.

Podał

A. Karczewski.

Janina W. lat 10, mieszkanka Warszawy. Urodziła się prawidłowo, karmiona była sztucznie. W 4 tygodniu życia dostała drgawek bez widocznej przyczyny; napad trwał godzinę. Potwórnice miała drgawki w 4 miesiącu życia; trwa-

ły one 2 dni, powtarzając się co  $1\frac{1}{4}$  —  $\frac{1}{2}$  godziny. Od urodzenia miała skłonność do zaparcia stolca. W 7 roku życia zaczęła się uskarżać na bóle w lewej połowie brzucha, które zjawiały się przeważnie po dłużej trwającym zaparciu i ustępowały po zastosowaniu lałaty oraz okładów ciepłych. Bóle występowały również wtedy, kiedy chora zbyt wiele biegła lub wykonywała jakiekolwiek ruchy męczące. Czasem zjawiały się bez określonej przyczyny. Napady bólów powtarzały się często:



1 — 2 razy na tydzień. Zazwyczaj trwały krótko: 5 — 10 minut. Tylko 6 razy w ciągu 3 lat ubiegłych napady bólów były cięższe: trwały godzinę, nawet dłużej i zmuszały chorą do położenia się do łóżka. W ostatnim roku napady bólów zdarzały się rzadziej. W ciągu ostatnich trzech miesięcy nie było bólów ani razu.

Dnia 10 marca 1903 r. w szkole, podczas pauzy, koleżanka uderzyła chorą w brzuch łokciem. Zaraz potem chora uczuła ból w brzuchu i tak się zmieniła na twarzy, że zwróciła tem uwagę przełożonej. Pomimo to pozostała w szkole do końca lekcji, a powróciwszy do domu, skarżyła się na umiarkowany ból w brzuchu i jadła mało. Nazajutrz (d. 11.III) poszła zrana do szkoły, lecz około południa powróciła do domu, skarżąc się na ból w dole brzucha z lewej strony. Na razie zrobiono chorej ławatywę, po której odeszło bardzo niewiele twardego kału. Około 3 po południu bóle złagodniały znacznie. Chora zjadła nieco zupy kartoflanej i śledzia. Wkrótce potem miała 3 razy wymioty; wymiotowała naprzód pokarm zjedzony, później płyn śluzowy. O 6 z wieczora tegoż dnia bóle się wzmogły. Wezwany d-r CHOMENKO przepisał chorej roztwór sody, nie radząc dawać środka przeczyszczającego. Pomimo to rodzice około 9 wieczorem dali chorej 3 kapsułki oleju. Potem bóle stały się jeszcze silniejsze, a około 11 w nocy chora kilka razy miała wymioty. Dano drugą ławatywę, po której znów odeszło parę kawalków twardego kału. Wezwany powtórnie d-r CHOMENKO zalecił opium wewnątrznie. Zaraz po podaniu tego środka chora wymiotowała płyn zielonawy, jednocześnie przez odbył odeszło około kwatěrki płynu.

O godzinie 2 w nocy bóle stały się tak silne, że chora zaczęła krzyzczeć i rzucać się na łóżku. Wezwany ze „stałej pomocy“ lekarz zalecił chinę w ławatywach. Po dwóch ławatywach z chiną bóle uspokoiły się nieco. Nad ranem chora kilkakrotnie wymiotowała. O godzinie 10 zrana dnia 12.III odbyli nad chorą naradę we-

zwani kol. SKŁODOWSKI i CHOMENKO. Postanowiono ewentualnie zrobić przepłukiwanie żołądka, na razie zaś zalecono czopki z opium i bardzo ścisłą dyetę. Po każdym czopku bóle uspokajały się na 2 godziny. Wymioty ustaly.

O godzinie 4 po południu d-r CHOMENKO odwiedził znów chorą i polecił zrobić ławatywę obfitą. Wlano około 2 szklanek wody z irygatora kanką zwyczajną. Woda nie odeszła z powrotem. Nad wieczorem wymioty powróciły, bóle się wzmogły.

Ze względu na stale pogarszający się stan chorej około godziny 8 wieczorem posłano po kol. SKŁODOWSKIEGO, który, przypuszczając niedrożność kiszki, uprzedził rodziców o ewentualności operacji i polecił mnie wezwać na naradę. O godzinie 9 spotkaliśmy się u chorej.

Dziewczynka szczupła, nędźnie odżywiana, o cerze bladej. Jęczy i wije się na łóżku, skarżąc się na nudności i nieznośny ból w brzuchu. Twarz wyraża przestach i cierpienie. Zęby czarne z podłużnymi prążkami i poprzecznymi nacięciami. Język wilgotny, lekko obłożony. Tętno 130, ciepłota 37,6°. Brzuch nie wzdęty. Powłoki brzuszne mocno napięte. W brzuchu nie można wyczuć żadnych nieprawidłowych stwardnień, ani też rozdętych pętlki kiszki. Daje się tylko stwierdzić wybitną bolesność przy ucisku w dole brzucha, szczególnie z lewej strony, oraz wyraźne pluskanie w całym prawie brzuchu. Nadmienić należy, że badanie jest wielce utrudnione z powodu niespokojnego zachowania się chorej: nie może ona dłużej uleżeć nawznak, lecz co chwila przewraca się na prawy bok i przyciąga kolana do brzucha. Podczas badania chora wymiotuje; wymiociny składają się z płynu zielonawego, bez woni kałowej.

Mając na względzie brak stolca i wiatrów nawet po zastosowaniu ławatywy dość obfitej, wymioty żółciowe, niezwykle silny ból, umiejscowiony przeważnie z lewej strony brzucha, tudzież znaczne przyspieszenie tętna obok niewielkiego podniesienia ciepłoty, przyszlśmy do



przekonania, że mamy do czynienia z niedrożnością kiszek. Wobec tego zaproponowaliśmy rodzicom pomoc operacyjną. Biorąc pod uwagę, iż stan chorej z godziny na godzinę pogarszał się wyraźnie, postanowiliśmy nie zwlekać z operacją, lecz przystąpić do niej, jak można najwcześniej. Propozycję naszą rodzice przyjęli bez wahania.

Operacja dokonana została o godzinie 11 w nocy (dnia 12.III) przy łaskawej pomocy kol. KIEŁKIEWICZA i ŚMIECHOWSKIEGO w obecności kol. SKŁODOWSKIEGO. Zrobiono cięcie w linii pośredniej pomiędzy pępkiem a spojeniem łonowym. Po otwarciu jamy brzusznej wyłonila się pętla kiszki grubości serdelka, barwy nieco ciemniejszej od prawidłowej, o dość silnie napiętych ścianach, z zawartością płynno-gazową. Pętla ta miała wyraźne taśmy (*teniae*), a więc nie było wątpliwości, że jest to kiszka gruba. Ponieważ pętla rozdęta wypełniała całą ranę i przez to utrudniała wprowadzenie ręki do jamy brzusznej, próbowano wyciągnąć kiszkę więcej, lecz to się nie udało. Nie można było również opróżnić pętli przez jej naciskanie. Odechylono ją przeto na bok i, po wsunięciu palców do jamy brzusznej, przekonano się, że końce pętli rozdętej, umocowane po lewej stronie, zwężają się i krzyżują ze sobą. Oczywiście była to kiszka esowata, która uległa skrętowi (*volvulus*). Do odkręcenia pętli należało zrobić pół obrotu, to jest przekręcić ją tak, ażeby koniec jej, zajmujący dolny kąt rany, znalazł się w kącie górnym. Po odkręceniu, ściany pętli rozdętej odrazu zwioteżały. Polecono wówczas jednemu z felczerów, obecnych przy operacji, wprowadzić dwa palce do odbytnicy i rozszerzyć je, ażeby tym sposobem ułatwić wydalenie płynnej zawartości z kiszek. Wypłynęło około kwarty płynu żółtawego, mocno cuchnącego.

Pociągając ostrożnie opróżnioną kiszkę esowatą, wydobyto na zewnątrz część okrężnicy zstępującej i obejrzano dokładnie całą wyłonioną kiszkę. Ponieważ nie znaleziono żadnych

zmian na kiszce, odprowadzono ją więc do jamy brzusznej. Gdy następnie w celu kontroli wprowadzono rękę do jamy brzusznej, wymacano od przodu tuż poza spojeniem łonowym i powyżej niego ciało elastyczne, przylegające do przedniej ściany brzusznej, lecz dość swobodnie dające się poruszać. Ciało to podważono palcami od góry i wydobyto na zewnątrz. Okazało się, iż jest to guz lewego jajnika wraz z przylegającym doń od tyłu końcem brzuszny jajowodu. Ściany guza były mocno napięte, koniec jajowodu przekrwiony i obrzękły. Krótka szypuła guza, w której skład wchodził jajowód i wiąz szeroki, była skręcona dookoła swej osi. Szypułę guza odkręcono, podwiązano dwiema podwiązkami jedwabnymi i przecięto, a pozostały kikut wpuszczono do jamy brzusznej. Ranę ściany brzusznej zeszyto szwem trzypiętrowym: na otrzewną i powięź założono szew katgutowy ciągły, brzegi rany skórnej połączone szwem węzłkowym z fil de Florence.

Z przebiegu pooperacyjnego zaznaczyć należy tylko to, iż w ścianie brzusznej wytworzył się podskórny wylew krwawy dość znacznej wielkości, wskutek czego trzeba było 8 dnia po operacji rozkleić średnią  $\frac{1}{3}$  rany skórnej. Poza to przebieg pooperacyjny był prawidłowy.

Guz wydobyty okazał się torbielą kształtu i wielkości jaja kurzego, o powierzchni gładkiej, barwy białawej, miejscami ciemno-czerwonej. Na przekroju widać, że torbiel zawiera dwie jamy nierównej wielkości, rozdzielone przegrodą poprzeczną. Jama większa jest wysłana cienką, gładką błoną i zawiera masę gęstą, konsystencji krwi skrzepłej, barwy ciemno-czerwonej. W jamie mniejszej znajduje się gruby powrozek, który łączy ścianę torbieli z przegrodą poprzeczną. Powrozek ten jest pokryty włosami i zawiera ząb. Włosy pokrywają również znaczną część przegrody poprzecznej. Zawartość tej jamy stanowi gęsta biaława masa.

Guzy jajnika u dzieci nie należą do wydarzeń wyjątkowych. W literaturze odnaleźć moż-



na cały szereg przypadków, w których znajdowano guzy jajnika nie tylko u młodych dziewcząt, lecz nawet u nowonarodzonych i płodów. Wśród guzów jajnika, zdarzających się w wieku dziecięcym, torbiele skórzaste przeważają. Ztąd nawet wyprowadzono wniosek zgoła nieuzasadniony, że wszystkie torbiele skórzaste są wrodzone. Ani dane anatomiczne, ani też fakty kliniczne nie usprawiedliwiają tego przypuszczenia. Według poglądów społecznych, wygłaszanych i należycie umotywowanych przez WILMS'a, PFANNENSTIEL'a i GEBHARD'a, rozwój każdej torbieli skórzastej pojmować należy jako próbę chybioną wytworzenia płodu. Wymienieni autorowie twierdzą, że komórkami macierzystymi torbieli skórzastej są zawsze komórki jajka. Jak wiadomo, jajko pęcherzyka pierwotnego posiada wszystkie własności potrzebne do wytworzenia całego organizmu. Własności te ujawniają się w chwili zapłodnienia. Jajko jednak bez zapłodnienia, pod wpływem bodźców, dotychczas nieznanych, może być pobudzone do rozwoju samorzutnego i dawać początek tworom, które w niepełnym rozwoju i w nietypowym układzie zawierają wszystkie części składowe ciała ludzkiego. Innymi słowy, każda torbiel skórzasta, według zapatrywań współczesnych, jest płodem patologicznym, który się rozwinął na drodze dzieworództwa (partenogenezy).

(D. n.).



Z pracowni dr. FLATAUA w Warszawie.

### Przyczynek do badań nad chorobą Morvan'a i nad powstawaniem jam w rdzeniu.

Podał

Władysław Sterling.

(Według odczytu, mianego w Tow. Lek. Warsz.  
dnia 25 listopada 1902 r.).

(Ciąg dalszy — Patrz Nr. 26).

#### Skrawki barwione metodą karminową van Giesson'a, antracenową<sup>1)</sup> oraz Rawitz'a (hematoksylina ałunowa).

Przy barwieniu preparatów metodami powyższymi przekonywamy się, że stosunek tkanki glejowatej do otaczającej tkanki nerwowej nie wszędzie przedstawia się jednakowo. Na preparatach, barwionych metodą WEIGERT'a, opisałem terytoryum tkanki, odpowiadające umiejscowieniu pęczków tylnych i posiadające postać to jaja, to owalu, to klina. Dla krótkości będę poniżej terytoryum to nazywał klinem tkanki glejowatej.

Otóż na preparatach, barwionych metodą karminową i van GIESSON'a, klin ten, rozpatrywany już przy małym powiększeniu, masą swoją odgranicza się dosyć wyraźnie od normalnej tkanki nerwowej. Przy stosowaniu silniejszych powiększeń rzecz przedstawia się w następujący sposób. Na preparatach karminowych lub van GIESSON'a spostrzegamy zbitą siatkę neuroglei w samej masie klina, przyczem — im bardziej zbliżamy się do obwodowej części, tem większa jest liczba jąder i tem większa jednocześnie liczba naczyń krwionośnych.

Przy silnem powiększeniu (ZEISS: okul 2, D) widzimy, że masa, stanowiąca klin, odgranicza się zupełnie ostrą linią od otaczającej tkanki i że nie posiada własnej otoczki. Natomiast

<sup>1)</sup> Podany przez KAPLAN'a w r. 1901 (Neurologisches Centralblatt Nr. 8) sposób barwienia wyrostków osiowych za pomocą 10% roztworu antracenu daje wyniki doskonałe.



stwierdzić można, że od tej zbitej masy wpijają się w otaczającą tkankę wyrostki glejowate, przypominające w swej postaci języki płomieni. W językach tych widzimy zgrubienie siatki neuroglei i bardzo niewielką liczbę jąder neuroglei, w przestrzeni zaś pomiędzy tymi językami włókna nerwowe są tuż przy klinie zanikłe i zjawiają się dopiero w pewnym oddaleniu od niego.

Na obwodzie klina liczba naczyń krwionośnych jest bardzo zwiększona. Same naczynia nie przedstawiają widocznych zmian zapalnych: ściany ich tylko są, być może, nieco zgrubiałe.

Prócz tego zauważyć należy, że od obwodu rdzenia biegną grube festonowate przegrody łącznotkankowe w kierunku klina, które czasami wrzynają się w sam środek klina i biegną prawie na całej jego długości albo też otaczają jego obwód jakby ramieniem.

Na obwodzie klina tego a także czasem i w jego wnętrzu spotykamy skupienia niezna- cznej ilości barwnika krwi. Skupienia te widzi- my przeważnie w zagłębieniach pomiędzy języ- kowatymi wyrostkami samego klina — właśnie w tych miejscach, w których liczba naczyń krwionośnych jest najbardziej zwiększona.

Inaczej nieco przedstawia się stosunek tkan- ki glejowatej, otaczającej bezpośrednio szparę, do normalnej tkanki nerwowej. Tutaj przy naj- mniejszem już powiększeniu widoczne jest, że sprawa jest bardziej rozlana i mniej wyraźnie odgranicza się od normalnej tkanki nerwowej.

Nawet sam charakter występującej tutaj tkanki glejowatej jest odmienny, aniżeli w opi- sanym powyżej klinie: tam mieliśmy do czynie- nia ze zgrubiałą siatką neuroglei, w której, zwa- szcza w obwodowych częściach klina, widać było bardzo liczne jądra neuroglei, widzieliśmy tam także ogromny rozwój naczyń. Tutaj natomiast spotykamy tkankę sklerotyczną z bardzo niezna- czną liczbą jąder. Jednym słowem mamy tutaj do czynienia ze sprawą starą. Zauważyć trzeba, że włókna nerwowe spotykamy tutaj pomiędzy samymi jądrami neuroglei, niektóre z nich są

w stanie zaniku, inne normalne; dalej zaś idzie zupełnie normalna tkanka nerwowa.

I tutaj w niektórych miejscach widać sku- pienia pigmentu krwi, jako pozostałość po wy- broczynach krwawych. (Fig. 6).

Przyjrzyjmy się teraz nieco dokładniej za- znaczonej przegrodzie łącznotkankowej. Jak to mówiłem już, tworzą one wypustki festonowa- te, idące od obwodu rdzenia *resp.* od *pia mater*— wgłęb'. (Fig. 6 1—4; Fig. 7 1). Na rozmaitych preparatach z różnych wysokości widzimy ich całe mnóstwo, wychodzących z rozmaitych czę- ści obwodu rdzenia; lecz te, które mają jakikol- wiek związek ze szparą nowotworową lub z kli- nem substancji glejowatej, wychodzą najczęściej z *sulcus longitudinalis anterior* (Fig. 7 — 1), rza- dziej z miejsc, odpowiadających słupom bocz- nym, a najrzadziej z *sulcus longitudinalis poste- rior* (Fig. 6 — 3—4). Są to twory, składające się z festonowatej, włóknistej tkanki łącznej, w której spotykamy nadzwyczajnie małą liczbę jąder. Niektóre z nich posiadają bardzo znaczną liczbę naczyń krwionośnych.

Na niektórych skrawkach spotykamy się z obrazem następującym: widzimy bardzo szeroka przegrodę taką, w której całkowitą szerokość zajmuje ogromnie rozszerzone naczynie krwio- nośne, tworząc jakby owalną podłużną szparę, która jednak w części wypełniona jest krwią. Na preparatach takich widzimy częstokroć zupełny brak szpary nowotworowej.

Natomiast na innych skrawkach, na któ- rych szpara także jest niewidoczna, widać, jak niektóre z opisanych wypustek rozszczepiają się formalnie, tworząc we wnętrzu swoim wygina- jące się spiralnie wąziutkie szczeliny. (Fig. 6). Gdzieindziej, gdzie szpara nowotworowa jest już wyraźna (na skrawkach w części grzbietowej rdzenia), możemy stwierdzić stosunek następu- jący: spotykamy tutaj szparę w postaci nie- prawidłowego rombu, od którego naprzeciw- ległych wierzchołków odchodzą dwa ramiona szpary, kierując się ku obwodowi (ku teryto-



ryum obu słupów bocznych). Otóż na kilku preparatach z tej wysokości widać, jak od obwodu wyciąga się długa przegroda w postaci wypustki festonowatej, idzie w kierunku jednego z bocznych ramion szpary, dochodzi do niego, łączy się z niem i dopiero po połączeniu się rozszczepia się w szczelinę, stanowiącą zewnętrzny kąt szpary.

Co więcej: jeżeli badać będziemy szczegółowo budowę ściany, otaczającej szparę, to dojdziemy do wniosków następujących. Na preparatach, barwionych metodą karminową, van GIES-

reg frędzli, położonych prostopadle do podłużnej osi szpary i zwieszających ząbienia swoje wprost do jej światła. Otóż podkreślam fakt, że charakter tej tkanki zupełnie identyczny jest z budową tkanki wyrostków festonowatych przegrody łączno-tkankowej.

Tak przedstawia się stosunek wypustek łączno-tkankowych do tkanki glejowatej klina oraz do tkanki sklerotycznej, otaczającej szparę. Rozpatrzmy teraz, jak wygląda tkanka nerwowa, otaczająca te wypustki na całkowitym ich prze-

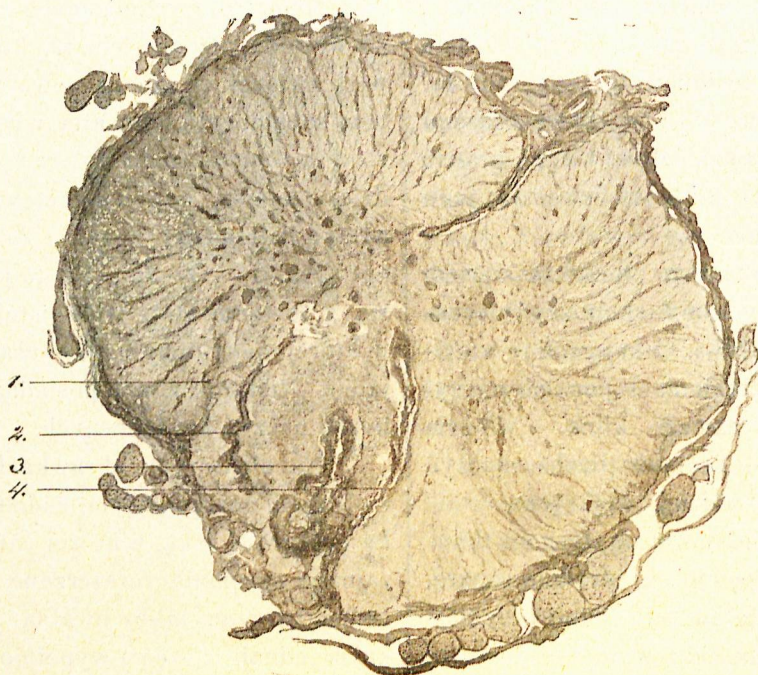


Fig. 6 (Metoda karminowa).

SON'a oraz RAVITZ'a widać dokładnie, że zewnętrzne warstwy tej ściany wytworzone są na koszt kompaktnej tkanki sklerotycznej, która nie posiada zupełnie włókien nerwowych, i w której widzimy zbitą masę neuroglei i bardzo nieznaczną liczbę drobnych jąder. Natomiast najbardziej wewnętrzne warstwy ściany szpary składają się z przebiegających równolegle włókien tkanki łącznej, tworzących faliste wygięcia i festony: gdzie indziej ta tkanka łączna tworzy jakby sze-

biegu. W bardzo niewielu miejscach na całej długości swojej wypustki te z obu stron otoczone są zupełnie normalną tkanką nerwową. Zauważam tutaj, że na preparatach karminowych i van GIESSON'a wypustki te barwią się intensywnie i odcinają się nadzwyczaj wyraźnie od tkanki otaczającej. W przypadkach takich więc widać, że do silnie zabarwionych rozmaitej wielkości i grubości wijących się smug tkanki łącznej po obu stronach bezpośrednio przylegają nor-



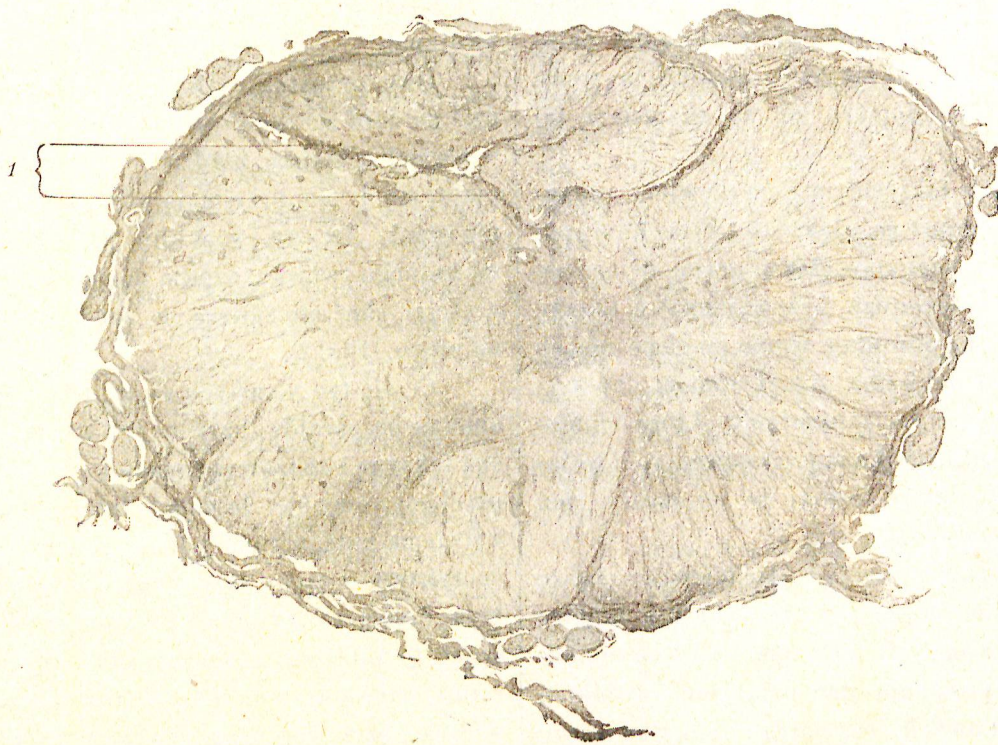


Fig. 7 (Metoda karminowa,

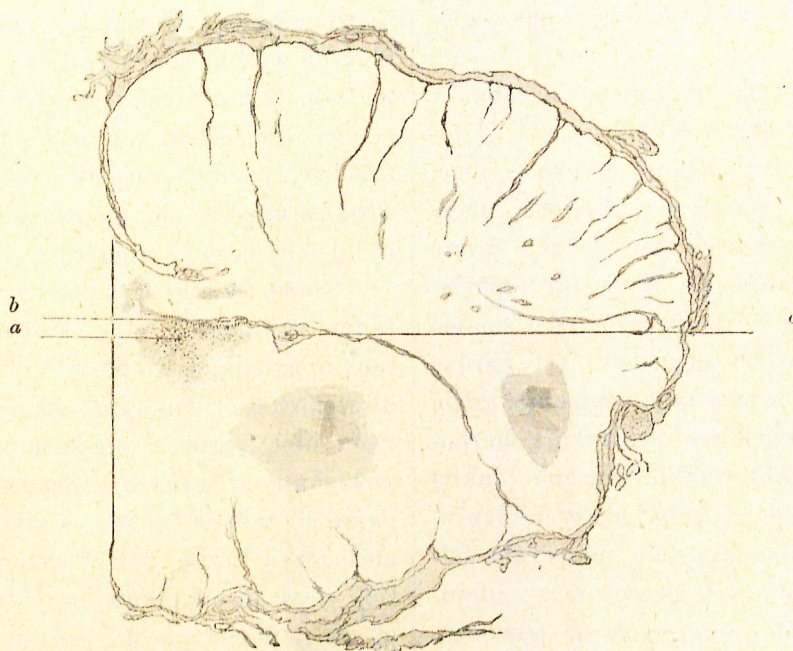


Fig. 8.

Z powodu pomyłki prawa strona rysunku opowiada lewej stronie preparatu — i odwrotnie.



malne wyrostki osiowe. Bywa też i tak, że przegrody te z jednej lub dwu stron odgraniczone są wąską szczeliną, a normalna tkanka nerwowa rozpoczyna się dopiero po za granicami tej szczeliny.

Stosunek taki widzimy na niewielu preparatach. Natomiast na większości skrawków spotykamy się z innym zjawiskiem: grube, wijące się festony nie przechodzą bezpośrednio w tkankę zdrową, lecz na obwodzie swoim po obu stronach przechodzą w delikatne smugi o mniej intensywnym czerwonym zabarwieniu, które dopiero graniczą ze zdrową tkanką nerwową: robi to takie wrażenie, jakby festony te odrzucały cień z obu stron swoich.

Przy powiększeniu najsilniejszym łatwo przekonać się, że cienie te nie wykazują budowy identycznej z samymi festonami, od których odchodzą: nie posiadają one wijących się włókien łączno-tkankowych, lecz bardzo delikatną siatkę i bardzo wybitną liczbę drobnutkich jąder: jądra te gdzieś wprost przemieszane są ze zdrowymi wyrostkami osiowymi. Mamy więc tutaj do czynienia z bardzo młodą tkanką glijową.

Zaznaczyłem już wyżej, że wiele z festonów tych biegnie w kierunku klina substancji glijowej — jedne, nie dochodzące do niego, inne, wdrażając w jego masę, jeszcze inne, przylegając do niego i otaczając go z jednej strony prawie na całym obwodzie. Wypustki te posiadają bardzo znaczną liczbę naczyń. I w samym klinie liczba naczyń na obwodzie jest bardzo zwiększona — zwłaszcza w tych miejscach, gdzie przegrody łączno-tkankowe przytykają bezpośrednio do klina. Robi to takie wrażenie, jakby festony te, przynosząc ze sobą naczynia krwionośne, dostarczały jednocześnie materiału odżywczego dla obwodowych części masy glijowej. Na niektórych preparatach na obwodzie klina, zwłaszcza w okolicy jego wyrostków językowatych, widzimy światła drobnych, poprzecznie przeciętych naczyń, ustawione jakby w szeregu

— czasem pojedynczym, a czasem nawet podwójnym.

Owe wyrostki językowate możemy prześledzić na dość znacznej przestrzeni: wdrażają one w normalną tkankę, nigdzie jednak nie rozszczepiają się i nie przyjmują udziału w powstawaniu szpar. Zresztą i sam klin nie ma ze szparami żadnego związku, szpara nowotworu leży najczęściej, choć nie zawsze, w znacznej odległości od niego. (Fig. 7).

Co się tyczy samych szpar, to po dokładnej analizie preparatów, barwionych karminem, kwasną fuksyną i zwłaszcza hematoksyliną alunową, przekonywamy się, że mamy tutaj do czynienia z dwiema kategoriami szpar: jedną kategorję spotykamy w części szyjowej, drugą w pozostałych częściach rdzenia. Co do samej postaci szpar, to mówiłem już o niej przy opisie preparatów, barwionych metodą WEIGERT'a. Wogóle w części szyjowej szpara występuje zazwyczaj pojedynczo, ma postać wydłużonego owalu lub też nieprawidłowego rombu z bocznymi wyrostkami, w innych zaś częściach rdzenia wielkość i postać szpary zmienia się: spotykamy na niektórych wysokościach po kilka szczelin rozmaitej formy i wielkości. Wewnętrzna ściana szpary nie jest równa, posiada ona liczne festony, frendzle, zatoki, wyrostki, niektóre z tych wyrostków, idąc w głąb światła szpary, przewężają ją i dzielą na kilka komór.

Samo światło szpary zazwyczaj nie posiada żadnej zawartości: w niektórych jednak szparach o małej wielkości i o postaci nieprawidłowego czworoboku spotykamy mały okrągły twór, silnie barwiący się karminem. Przy dużym powiększeniu wykazuje on budowę włóknistą, posiada także drobną siatkę neuroglei oraz nieznaczną liczbę jąder. Na pierwszy rzut oka robi on wrażenie polipa, przylegającego do ściany nie za pomocą nóżki, lecz konturem kolistego obwodu, przy powiększeniach silniejszych jednak można rozpoznać wąski rąbek światła, którym kontur polipa oddzielony jest od konturu ściany



szpary. Mamy tutaj widocznie do czynienia z przecięciem się szpary, które zostało trafione w kierunku poprzecznym. Zaznaczam, że na niektórych skrawkach spotykamy w świetle szpar także polipy na nóżkach.

W części grzbietowej i łędźwiowej spostrzegamy stale jedno zjawisko: szpara zawsze oddzielona jest od kanału centralnego i nigdzie nie jest z nim w związku. I samo oddalenie szpary i sama struktura jej ścian zupełnie wyłącza jej związek z kanałem centralnym. Związek ten można stwierdzić tylko na niektórych skrawkach w części szyjowej rdzenia. Kanał centralny, jako taki, wogóle nigdzie nie istnieje, a szpara zawsze leży zdaleka od miejsca jego normalnego położenia. Gdziekolwiek tylko skupienia znacznej liczby wielkich jąder komórek ependymalnych (na preparatach, barwionych hematoksyliną ałunową) świadczą, że na tem właśnie miejscu

kanał centralny uległ zarośnięciu. Na jednym tylko miejscu w odcinku szyjowym (Fig. 8) udało się stwierdzić stosunek następujący: szpara, przedstawiająca się w postaci okrągławej szczeliny (Fig. 8, c), zupełnie pozbawiona jest powłoki nabłonkowej, natomiast jedno z bocznych ramion tej szpary na całej prawie przestrzeni wysłane jest zwartym rzędem wielkich komórek nabłonkowych (Fig. 8, b). W sąsiedztwie zaś najbliższym tego ramienia widzimy skupienia jąder komórek ependymalnych, odpowiadające zarośniętemu kanałowi centralnemu (Fig. 8, a), otóż charakter komórek tych i charakter komórek, wyściełających ramię szpary jest najzupełniej identyczny.

W otaczającej tkance widać na preparatach, barwionych metodą RAVITZ'a, bardzo znaczną liczbę drobnych jąder neuroglei.

(D. n.).

## STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

### 68. O zachowaniu się chirurga wobec chorego na moczówkę cukrową.

KAUSCH sądzi, że: 1) chory na moczówkę cukrową musi być operowany tylko w przypadku niezbędnym koniecznym, albowiem moczówka cukrowa jest zawsze największym przeciwwskazaniem do operacji; 2) diabetyka należy operować w chwili, gdy mocz jego bądź wcale nie zawiera cukru, bądź zawiera tenże w najmniejszej ilości; 3) w przypadku cierpienia, pochodzącego z moczówki cukrowej, należy najpierw zastosować najściślejsze leczenie przeciwdiabetyczne, czekać tak długo, dopóki okoliczności pozwalają, i tylko w ostateczności uciec się do operacji;

4) jeżeli zabieg musi być wykonany natychmiastowo, to leczenie swoiste należy zastosować natychmiast po zniknięciu wstrząsu, spowodowanego przez operację; 5) znieczulenia ogólnego, gdzie tylko można, należy unikać, zaś stosując je, należy użyć eteru. Przed uspieniem dobrze jest dać choremu dwuwęglan sodu w dużych dawkach, by zapobiedz zjawianiu się śpiączki moczówkowej (*coma diab.*). K. radzi rany pooperacyjne obficie sączkować, zaniechać operacji plastycznych.

Mniej ponuro zapatruje się J. STERNBERG (z Wiednia). Na podstawie kilkudziesięciu spóstrzeganych przez się przypadków cierpień za-



leżnych bezpośrednio od moczówki cukrowej i niezależnej od tejże, lecz operowanych w czasie jej trwania, dochodzi S. do wniosków następujących: 1) każdy diabetyk może i musi być operowany, skoro zachodzi tego istotna potrzeba; 2) wstępne leczenie dyetetyczne moczówki cukrowej jest pożądane, lecz wcale nie stanowi warunku niezbędnego; 3) S. sądzi jednak, że zśród rozmaitych sposobów uśpienia, operowania i opatrywania u osób chorych na moczówkę cukrową muszą być stosowane najprostsze.

W dyskusji STOLP (z Królewca) zaleca do usypiania diabetyków mieszaninę BILLROTH'a i niezamykanie ran, a to, by zapobiedz zgorzeli tkanek, zaś FINK (z Karslbadu) doradza zachowawcze leczenie cierpień chirurgicznych podczas leczenia moczówki cukrowej.

(*Centralblatt f. Chirurgie N. 46 str. 1190*).

Antoni Leśniowski.

69. ESCHERICH. Dwa przypadki porażenia ołowianego u dzieci pokazywał E. w wiedeńskim towarzystwie lekarskim. Dotyczyły one 8-letniej dziewczynki i 6-letniego jej brata. Ojciec tych dzieci w warsztacie swym często miewał do

czynienia z bielidłem, zawierającym dużo ołowiu. Dziewczynka już kilkakrotnie była pacjentką w klinice autora wskutek osłabienia dolnych kończyn i ataktycznych zaburzeń przy chodzeniu.

Obecnie obaj pacjenci narzekają na bóle w głowie, w brzuchu i w kończynach, szczególnie przy chodzeniu. Cera twarzy jest blada, na dziąsłach znać sinawy brzeżek, lecz tylko dokoła zębów trzonowych, na siecznych brak go. Ręce tych dzieci zwisają i nie dają się podnieść ku górze wskutek porażenia nerwów sprychowych, mięśnie wykazują reakcję zwyrodnienia. Oba *mm. tibiales antici* i prawy *m. peroneus* porażony, ztąd trudność przy chodzeniu, zniekształcenie stopy (*pes equinovarus*) i t. d.

U dzieci najważniejszymi objawami otrucia ołowiem są porażenia, szczególnie dolnych kończyn; kolka zaś i sinawy brzeg na dziąsłach nie są tak stałymi objawami, jak u dorosłych. Nadto krew znacznym ulega zmianom, ilość hemoglobiny i czerwonych ciałek krwi zmniejsza się do połowy.

(*Münch. med. Woch. 1903. N. 19. Str. 446*).

L. Wolberg.

## Sprawozdanie z XXXII Zjazdu Chirurgów w Berlinie w d. 3, 4, 5 i 6 czerwca 1903 r.

O godzinie 9½ rano w domu LANGENBECK'a prof. Ernest KÜSTER z Marburga, jako prezydujący, zagał posiedzenie, zaproponował uczczenie pamięci zmarłych prof. NICOLADONI'ego i SCHEDE'go oraz wybór na członków honorowych prof. CZERNY'ego i KOCHER'a. Pierwszy przemawiał prof. KRASKE o położeniu TRENDELENBURG'a i niebezpieczeństwach tego położenia. TRENDELENBURG zaproponował to położenie, chcąc, przy niskiem położeniu głowy i wysokiem dolnej części korpusu uprzyściplnić orientowanie

się w jamie brzusznej. Trzewia opadają ku przepnie i wówczas jamę brzuszną z łatwością możemy obejrzeć, dostęp do pola operacyjnego zwiększa się. Mówca niejednokrotnie stwierdził istotną potrzebę tego położenia, w pewnych jednak okolicznościach, na które do tej pory nie zwracano dostatecznej uwagi, np. u chorych bardzo tłustych lub dotkniętych cierpieniem serca, czyni się choremu szkodę, a częstokroć sprwadza się nawet śmierć. Skutkiem tego położenia otrzymujemy przepełnienie krwią organów



klatki piersiowej, głowy, dalej przesuwanie i przekręcanie trzew, nieraz groźne w swoich skutkach dla życia. Obserwowane czasami silne krwawe wymioty po operacjach brzusznych mówca skłonny jest przypisać temu położeniu chorego podczas operacji. Te refleksje i smutne doświadczenie zmusiło autora do oglę nego i możliwie krótkotrwałego stosowania tego położenia, one też czynią łatwo i szybko obracający się stół koniecznym, kolan zginać nie trzeba, bo występują paraliże *n. peronei*. W dyskusji przyjęli udział TRENDLENBURG, KOENG i LAUENSTEIN. Wszystkie uwagi KRASKE'go są słuszne zupełnie, to też trzeba stosować tę metodę z całą świadomością i oględnością, od 5 — 10 minut *maximum*, KOENIG zaś dodaje o niebezpieczeństwach w przypadkach otwierania ropnia w miednicy lub dolnych częściach jamy brzusznej, DÜHRSSSEN i KÜMMEL twierdzą, że niebezpieczeństwa nie zauważyli przy stosowaniu tego położenia, i, jeżeli one istnieje, to KRASKE je przecenia.

O wpływie promieni X na nabłonek, brodawki oraz raki skórne mówił PERTHES. Pod wpływem promieni X nabłonek względnie szybko ulega zanikowi, (co obserwować można na brodawkach skórnych) podczas gdy na tkankę łączną promienie te nie wywierają prawie żadnego wpływu; już na 12 dzień, jak pokazują preparaty mikroskopowe, zanik tkanki nabłonkowej ewentualnie rakowatej jest bardzo znaczny.

Mówca pokazuje fotografie 1) brodawek na rękach — po 15 dniach znikły 2) *carcinoma mammae—regeneratio—zabliźnienie* 3) *carcinoma* na czole pod powieką — po 8 dniach znaczna poprawa, po 15 zdrowa blizna. LASSAR pokazuje chorego lat 56, u którego pod wpływem promieni X kankroid nad okiem uległ zupełnemu zanikowi.

PETERSEN również zauważył dobroczynny wpływ promieni X na raki, natomiast KÜMMEL zauważył u posługacza, mającego stale styczność z lampami ROENTGEN'a na ręce, w okolicy, wystawianej stale na działanie promieni X, powstanie bardzo złośliwego raka.

LUDLOFF z Wrocławia pokazuje cały szereg fotografii RÖNTGEN'a, zdjętych z kości lub stawów grzecznych. STEGMANS pokazuje także

fotografie, otrzymane z przetok kostnych, po napełnieniu ich zawiesiną bismutową.

KÜRTNER z Marburga mówi o sztucznym zastępowaniu krwi po znacznych krwotokach. Mówcy udawało się utrzymać przy życiu zwierzęta, które krew utraciły do  $3\frac{1}{2}\%$  wagi ciała (waga straconej krwi), podczas, gdy zwykle 3% utrata krwi jest śmiertelna. W tym celu mówca wprowadza fizyologiczny roztwór soli, nasycony tlenem, podając jednocześnie tlen do oddychania, (każdy litr soli nasycy się 20 ctm. sz. tlenu pod ciśnieniem). W końcu GROSS z Jeny mówi o swoim cierpieniu gruźliowców chłonnych t. z. Barbo-docs, zauważonem obecnie i w Niemczech.

Po południu mówi BORHARD z Poznania o leczeniu złośliwych nowotworów kości za pomocą rezeceki kości, pokazuje chora, której MIKULICZ wyciął 12 ctm. kości udowej, przy czem stwierdzono *osteosarcoma*; chora po dwóch latach nawrotu niema, chodzi wcale nieźle w odpowiednim aparacie. To daje pobudkę mówcy do przestrzegania przed odejmowaniem całkowitem kończyny w takich przypadkach. Podobne przypadki cytują KÖRTE z Berlina i GOLDMANN z Freiburga.

SCHANZ z Drezna pokazuje chorego, któremu po zadawnionem (2 l.) złamaniu rzepki (12 ctm. odstęp odłamków), przeszczepił mięsień krawiecki i zeszył rzepkę; obecnie operowany skacze i biega doskonale.

SAMTER pokazuje chorego, któremu z powodu miażdżycowego pochodzenia zgorzeli stopy wykonał przy pomocy kolistego cięcia wyłuszczenie stopy z dobrym wynikiem, zaznacza przytem, że nie zawsze trzeba robić wysoką amputację, w niektórych przypadkach wystarcza weześnie wykonany mniejszy zabieg.

EISELSBERG mówi o dwóch przypadkach operowanych przez niego wrodzonych guzów przedniego śródpiersia: w jednym, przypadku, gdzie przyszył płuco, by przeszkodzić spadaniu się jego, otrzymał wynik dobry.

GAERTNER, wskazując na potrzebę ciągłej kontroli pulsu podczas uspienia chorego, proponuje swój przyrząd, który działa na zasadzie różnicy między zwiększonym obwodem kończyny podczas przyływu krwi tętniczej, czyli skurczu serca, i zmniejszonym podczas rozkurczu; przyrząd bardzo dokładny i nie skomplikowany



zakłada się na przedramię, czuła wskazówka daje znaczne wahania, zależne od siły pracy serca.

MUELLER mówi o stopniowym przystosowywaniu się kości np. 1) wyjętą część palca zastąpił kawałkiem kości łokciowej, po pewnym czasie kość przyjęła formę kości palcowej, 2) wyjął całą kość promieniową (gruźliczą), obecnie kość łokciowa rozrosła się i zastępuje zupełnie promieniową.

JORDAN na zasadzie ośmioletniego doświadczenia radzi przy złamaniach stosować bardzo wcześnie mięsienie oraz ruchy stawowe, po każdym rękoczynie nakładać opatrunek, wyniki doskonałe. BARDENHEUER wypowiada się za tą metodą.

GOLDMANN obstaje przy niekrwawem nastawianiu zastarzanych zwichnięć uda; nawet w przypadkach, w których nie udaje się *repositio completa*, nowoutworzony staw daje lepsze wyniki, niż zabieg krwawy.

WESELY zauważył przy doświadczeniach na zwierzętach, że siłę przeciwtoksyn (aleksyn) można wzmódzić za pomocą stosowania ciepła 50—55° C., ztąd wyprowadza wniosek, by przy stosowaniu sztucznych surowie nie zapominać o tym sposobie wzmaganania ich leczniczych własności za pomocą okładów 50—55° na miejsce zastrzyknięcia.

HÖPFNER mówi o zeszywaniu i przeszczepianiu naczyń, przyszywaniu w ten sposób odjętych lub odciętych kończyn, pokazuje rurki magnetyczne i sposób, w jaki operację tę wykonać można (*inraginatio*). Głos zabiera twórca tej metody PAYR, przyczem przytacza znane w literaturze ostatniej doby doświadczenie, gdzie tętnicę i żyłę nerki po jej wyjęciu i przeszczepieniu na szyję połączono z żyłą i tętnicą szyjową — nerka wytwarzała mocz, który odchodził przez moczowód, wszyty w skórę szyi.

DÜHRSEN mówi o doskonałych wynikach, jakie daje dzisiejsza aseptyka w operacjach ginekologicznych.

WERCKMEISTER pokazuje przyrząd do leczenia przetok (rurka, którą można stosować w przetokach pęcherzowych, żołądkowych, i t. d.). Na tem skończył się pierwszy dzień obrad.

4 czerwca pierwszy mówi NEUBER (Kiel) o wynikach, jakie daje obecnie panująca metoda

aseptycznego leczenia ran bez użycia chemicznych dezynfekcyjnych środków, cyfrowa odsetka zaburzeń jest dzisiaj bardzo mała. Zdanie, że postępy w leczeniu ran zawdzięczamy nauce o drobnoustrojach, jest mylne, postępy te wyprzedziły znacznie odnośne badania naukowe. Jednocześnie pokazuje swojego pomysłu opatrunki, przykrywane filem.

W dyskusyi LAUFNSTEIN (Hamburg) przestrzega, że rany nieaseptyczne są traktowane mniej aseptycznie, tego być nie powinno.

HEILE, asystent MIKULICZA, mówi o działaniu jodoformu na żywe tkanki; do tej pory robiono doświadczenia w zupełnie innym kierunku — przypuszczano, że jodoform działa wprost na drobnoustroje — doświadczenia próbne z hodowlami tego nie stwierdziły. Jodoform, dodany do mieszanek tkanki wątrobowej, rozkłada się, i wówczas działanie jego jest wybitne; działanie to występuje w głębi tkanek, gdzie przeważa proces odtleniający, wówczas jodoform zostaje rozłożony tak skutecznie, że siła lecznicza jego jest znaczna. Jodoform w głębi tkanek działa skuteczniej, na powierzchni *resp.* ziarninie prawie zupełnie nie działa.

D-r KATOLICKI (z Brna) pokazuje chłopca, którego lewe przedramię i ręka przedstawiają jednolity limfangioma, fotografie ROENTGEN'a, wskazują na stopniowy zanik kości.

RIEDEL pokazuje preparaty enchodromatów stawowych.

PETERSEN demonstruje cały szereg rysunków mikro- i makroskopowych preparatów raka żołądka i kiszek. Na zasadzie tych preparatów przypuszcza, że może być mowa tylko o samodzielnym rozszerzającym się z jednego punktu cierpieniu komórek nabłonkowych. Po wycięciu ogniska nawroty występują w komórkach już chorych podczas operacji. Wobec poglądu, że organizm do pewnego stopnia skutecznie może bronić się, i że zarodki raka, pozostałe w gruczołach chłonnych, dalej się nie rozwijają, skutkiem czego następuje trwałe wyleczenie, stosownie tedy do większej liczby tych komórek zarodków raka w samym organie, czy też sąsiedniej tkance łącznej i gruczołach należy przedewszystkiem wymiarkować rozległość operacji. BORMANN podziela zdanie PETERSEN'a. KÖNIG powiada, że częstokroć długi czas komórki rakowe



w gruczołach jakby drzewią, naraz potem z nadzwyczajną szybkością zaczynają się rozwijać, i nowotwór powstaje nanowo.

WULLSTEIN (z Halle) pokazuje cały szereg żołądków w formie zegara piaskowego. Taki żołądek rzadko bywa wrodzony, najczęściej powstaje po zagojonym wrzodzie. W końcu mówca podaje swój sposób operowania za pomocą ucisku kleszczami, sposób w zasadzie podobny do leczenia *anus praelernaturalis* z ostrogą za pomocą kleszczy MIKULICZA.

NARATH (Utrecht) pokazuje przyrząd, składający się z pierścienia, zaciskanego na wypukły kawałek blachy — przy szyciu żołądka i kiszek — zastępuje on ręce asystenta, dalej opowiada swój przypadek, gdzie nie mógł podczas operacji znaleźć przyczyny *ileus* i dopiero po 2 godzinach przekonał się o istnieniu przepukliny *duodeno-jejunalis*. Chory wyzdrowiał.

MAAS operował z górą ośmdziesiąt dzieci jednorocznych wskutek przepuklin z dobrym wynikiem, sposób operowania wybierał najprostszy. KAREWSKI również nie miał żadnego przypadku śmierci albo nawrotu. RIEDEL jest jednak zdania, że u dzieci zawsze należy próbować leczenia za pomocą paska przepuklinowego.

ECKSTEIN mówi o wynikach stosowania parafiny o topliwości 58° C dla celów kosmetyki (nosy, blizny), pokazuje pacjenta, któremu wstrzykiwaniami parafiny zrobił podskórną protezę przy pachwinowej przepuklinie, pokazuje dziecko, któremu zamknął przepuklinę pępkową również za pomocą parafinowych wstrzyknięć. GERSONY, który jest niejako ojcem tej metody, chociaż nie przyznaje prawa obywatelstwa parafinie, dając pierwszeństwo waselinie o topliwości równej ciepłocie ciała, twierdzi, że przy przepuklinach lepiej jest i racjonalniej używać noża zamiast strzykawki z parafiną.

WILMS (Lipsk) pokazuje cały szereg rysunków, objaśniających formowanie się węzłów jelit w jamie brzusznej.

PAYR nalega na wczesne operowanie *epityphlitis*, SONNENBURG wraz z asystentem swoim FEDERMAN'em przedstawiają dane o leukocytozie w *perityphlitis*.

RIEDEL potępia wyczekiwanie SONNENBURG'a, badanie leukocytozy etc., należy operować zawsze i jak najwcześniej.

Wieczorem tegoż dnia HOLLAENDER demonstrował w obrazach niknących cały szereg zdjęć z obrazów rozmaitych malarzy. Przed oczami widzów przesunęło się około setki obrazów, wziętych z sal sekcyjnych lub operacyjnych z rozmaitych epok.

PETERSEN pokazywał również w obrazach niknących swoje mikroskopowe preparaty raków kiszek i żołądka. TREPPLIN rzucał na ekran fotografie ROENTGEN'a, otrzymane przy prześwietlaniu chorych na kamieć żółciową lub nerkową.

LEXER pokazywał zdjęcia ROENTGEN'owskie z kości po nastrzyknięciu tętnic kostnych masą bismutową — przyczem doskonale uwydatniły się rozgałęzienia tętnic w kościach.

MANASSE — jednostronne wysokie położenie łopatki wraz ze zdjęciem kinematograficznym przy ruchach ręką.

5 czerwca rano PAYR pokazuje fotografie chłopca z *angioma cavernosum* na twarzy — wyleczenie za pomocą igieł magnezowych. Następnie BRUNN mówi o zapaleniu otrzewny, wywołanem przez pneumokoki. Zwykły przebieg przy niskiej względnie ciepłocie, częste wydzielanie się znacznej ilości ropy przez pępek. Początek zwykły prawie — *aiarrhoë*, rokowanie najczęściej pomyślne. BRAMANN i KUESTER widzieli podobne przypadki.

BRAUER (Heidelberg) demonstrowa 2 chorych, którym wyjęto część 3, 4 i 5 żebra po 7, 8 i 9 ctm. z powodu zrostu worka sercowego ze ścianami kostnymi. Stan chorych przed operacją był nader ciężki, obecnie dobry. Ani zrostów nie usuwano, ani worka sercowego nie otwierano, operacja podokostnowa.

RINGEL z Hamburga pokazuje 2 chorych po operacji SCHEDE'go z powodu ropnego wysięku w jamie opłucny.

FRANKE pokazuje chorą, która wyzdrowiała po otrzymaniu rany trzonkiem ręcznej szczotki do zamiatania na wylot przez oba płuca.

JORDAN w dyskusji mówi o potrzebie *decor-ticatio* zgrubiałej opłucny, BECK zaznacza, że w jednym przypadku takim usunął objętyk.

W dalszym ciągu w dyskusji przemawiali REHN, PERTHES, GARRE, KÖNIG i BRAMANN.

WILM (Lipsk) mówi o zonach hyperalgetycznych na szyi u chorych z ranami postrzałowe-



mi czaszki, przypuszcza, że przyczyną tego jest uszkodzenie wewnątrzczaszkowe nerwów sympatycznych. Podobne spostrzeżenia zrobili BRODNITZ i MUELLER.

KRAUSE (Berlin) pokazuje tablice z rysunkami mózgow z oznaczonymi na nich ośrodkami ruchowymi. 4 przypadki padaczki JAKSON'a, operowane przez mówcę właśnie w okolicy wskazanej — zakończyły się pomyślnie; do tej pory nawrotów niema. K. radzi w przypadkach, gdzie nie innego nie pomaga, te ośrodki wycinać; dla znalezienia ich należy obserwować, od jakiej grupy mięśni zaczyna się napad, po otworzeniu czaszki, drażnić mózg, wyszukać ośrodki tej grupy mięśni. KUEMMEL zgadza się z KRAUSE'm.

KARG (Zwikau) pokazuje oskalpowaną chorą, której przykrył cały defekt sposobem THIERSCH'a.

BRAUN dla znieczulania na kończynach wstrzykuje  $\frac{1}{2}$  roztwór kokainy z 2 kroplami adrenaliny w odpowiednie nerwy — otrzymuje zupełne znieczulenie. PERTHES i MEISEL zadowoleni są z tego sposobu, chociaż trafić w nerw jest trudno, ENDERLEN odmawia temu sposobowi racji bytu, bo nie otrzymywał żadnego znieczulania. HAKENBRUCH przy lewostronnym niedowładzie twarzy otrzymał wyleczenie po wszczepieniu w nerw twarzowy kawałka roszczonego *accessorius Willisii*. Operacja wykonana została w ten sposób, że do szczeliny w nerwie twarzowym wszczepił odszczepiony podłużnie kawałek nerwu WILLISUSZ'a. KÖRTE sposobu tego w danych przypadkach używał niejednokrotnie z dobrym wynikiem.

DOLLINGER (Budapeszt) mówi o swoich 128 przypadkach podskórnego wyjmowania gruczołów chłonnych na szyi przez cięcie, przeprowadzone na tylnej części głowy (uwłosionej). Operację tę wykonywa się na tępo, nawrotów niema. KÖNIG w dyskusji zaznacza, że DOLLINGER operował t. zw. kartofle, a nie gruczoły, przy zrostach trzeba bardzo rano wstać, chcąc operację skończyć, co do nawrotów, to może w Budapeszcie ich niema, bo tam pewnie gruczoły nie rosna, w Berlinie są — bo tam rosna.

KADER pokazuje swój sposób zespolenia żołądka i jelita, polegający na sztucznem wytwarzaniu pewnego rodzaju klapy, która uniemożliwia *circulus vitiosus*.

W końcu OETTINGEN (Berlin) pokazuje swój sposób nakładania opatrunku przy stopie szpotawej, opatrunek ten po redresyi zwykłej zastępuje wszelkie inne przyrządy.

Posiedzenie dnia 6 czerwca.

Pierwszy mówi JORDAN o wycinaniu śledziony i przedstawia preparat, ERHARDT — o wynikach rozszerzania zwężeń krtani za pomocą stopniowanej intubacji i zaletach jej w przeciwnieństwie do *tracheotomii*.

PAYR mówi o fistułach gruczołu tarczowego. Pozem KÜMMEL rozpoczyna właściwy porządek dzienny wykładem o nowych sposobach badania i wynikach zabiegów operacyjnych w chorobach nerek. Dla wykonania zabiegu chirurgicznego na nerkach dominujące znaczenie ma możność przekonania się, która z nerek jest chora, czy stan tej nerki wymaga usunięcia jej, i czy pozostała nerka jest w stanie dostatecznie zastąpić obie nerki. Jeżeli druga nerka nie jest sprawna, lub też nie jest w stanie zastąpić obu nerek, albo też wogóle niema jej zupełnie (*degen. cystoidea* np.), wówczas pacjent po operacji umiera. Kwestya ta w ostatnich czasach była na dobie, a badanie zyskało na subtelnosci dzięki stosowaniu promieni REENTGEN'a, cewnikowaniu moczowodów oraz t. z. funkcyjnalnej dyagnostyce. Ostatnia bierze pod uwagę 1) punkt zamarzania krwi i moczu w porównaniu z normalnym punktem u zdrowych ludzi 2) sprawność wod względem wydzielania cukru po wstrzyknięciu florydzyiny (0.005 grm) 3) zmiany w elektrycznem przewodnictwie moczu. Określanie punktu zamarzania moczu i krwi wkracza w dziedzinę fizyki — płyny, a raczej roztwory soli zamarzają przy ciepłocie tem niższej, im większy mają ciężar właściwy molekularny. Krew normalnie zamarza prawie stale przy 0.56° C. poniżej zera. Gdy krew albo mocz tracą swoje główne składowe części z powodu choroby, wówczas ich punkt zamarzania zbliża się do punktu zamarzania wody. Mówca trzymał się tych sposobów badania w ostatnich latach i doszedł do wniosku, że, przystępując do operacji tylko w tych przypadkach, w których punkt zamarzania krwi nie jest bardzo obniżony, można otrzymać dobre wyniki — przystępując przeciwnie, otrzymujemy pewną śmierć. Promienie ROENTGEN'a ściśle wykazują obecność i jakość (chemiczną) kamieni, cewnikowanie



moczowodów daje możność wczesnego rozpoznania, która nerka dotknięta jest sprawą gruczołą.

BARTH z Gdańska zgadza się z KÜMMEL'em, sądzi jednak, że opierać się trzeba nie tylko na danych funkcyjnej dyagnostyki lub też na poszczególnych jej punktach, trzeba brać pod uwagę wszystko. Operował np. chorą przy 0.75° C. zamarzania krwi, a jednak chora wyzdrowiała, mimo że KÜMMEL niżej 0.60 nie operuje.

CASPER pokazuje swój cystoskop do fotografii i demonstracyi na wykładach, podobny pokazuje KÜTNER. LÖWENHARDT mówi o badaniu za pomocą mierzenia przewodnictwa elektrycznego (pokazuje przyrząd), demonstruje preparat sekwestru nerkowego, wyjętego drogą operacyjną. HOCK i ZONDEK mówią o anatomii moczowodów w stosunku do chirurgii nerek.

KÜTNER z Tubingi przeszedł gruczoły limfatyczne policzka oraz drogi limfatyczne aż do przepony brzusznej i demonstruje, jak z organów brzusznych zarodki raków mogą przenosić się na narządy piersiowe lub na szyję. CLAIRMONT z Wiednia opowiada o chorym, któremu 10 lat temu BILLROTH usunął rakowatą nerkę, przyczem była otworzona jama opłucny. Pacjent obecnie zmarł z powodu raka gruczołów oskrzelowych. STOLC mówi o bąblowcu czaszki, ETTLINGER — o *dilatatio spontanea oesophagi*, chorego karmiono 7 lat przez otwór sztuczny w żołądku. WULLSTEIN przedstawia nową metodę leczenia *caput obstipuum*, wraz z przecinaniem mięśnia po stronie chorej skraca mięsień po stronie zdrowej. JAFFÉ mówi o sposobie MIKULICZA, polegającym na zupełnem usuwaniu mięśnia w takich razach.

RIEDEL mówi o operacyjnem leczeniu *kryptorchismus*, w dyskusyi biorą udział HEIDENHAIN, KÖNIG, BRAMANN.

RIESE demonstruje preparaty i mówi o podskórnych pęknięciach nerek, radzi natychmiast operować. KÖRTE natomiast z pośród 31 przypadków pęknięć nerki widział tylko 5 zejść śmiertelnych, w tych 5 przypadkach były jeszcze i inne ciężkie obrażenia. BECK w 21 przypadkach ani razu nie miał wskazania do operacyi.

STEINER (Berlin) mówi o chirurgicznem leczeniu chronicznej dyzenteryi.

WARNEKROS pokazuje protezy do leczenia złamań dolnej szczęki (z gutaperki), protezy te pozwalają chorym odrazu po złamaniu przyjmować pokarmy. BUNGE mówi o krwotokach z trzustki

PELS-LEUSDEN—o nekrozie brzusznej tkanki tłuszczowej, o *ileus*, wywołanym przez zapalenie trzustki i leczeniu operacyjnem.

MUSKAT pokazuje osobnika z nadzwyczajnie rozwiniętymi i wygimnastykowanymi mięśniami ścian brzusznych, którymi wykonywa prawdziwą danse du ventre.

Po południu ENDERLEN i REICHEL mówią o powstawaniu wrodzonych rozszczepień pęcherza moczowego, REERINK—o mechanizmie zamykania się pęcherza moczowego przy przeroście gruczołu krokowego.

ROTSZYLD — o preparatach drobnowidowych gruczołu krokowego w stanie poczynającego się przerostu.

HEUSNER pokazuje jedwabne cewniki, gotowane po 9 godzin w rozmaitych płynach, najlepszymi okazały się: płynna parafina (w kąpieli wodnej), nasycony wodny roztwór cukru, siarczanu amonu, soli kuchennej.

VÖLKER podaje z kliniki CZERNY'go 10 przypadków międzykrocowego wycięcia gruczołu krokowego przy jego przeroście, 2 zejścia śmiertelne, 4 z zupełnem wyzdrowieniem, w 4 przetoki moczowe.

HAHN opowiada o swoim pacyencie, który miał urazowe podskórne pęknięcie *ductus cholechochi*, po operacyi wyzdrowiał.

SCHLOFFER z Pragi mówi o operowaniu raka prostaty *per laparotomiam (invaginatio)*.

W dyskusyi KÜMMEL i KRASKE zalecają gorąco metodę połączoną—wewnątrz- i zewnątrz-brzuszną z zachowaniem, o ile to możliwe, zwierca.

Na tem ostatnie posiedzenie zakończone.

Na piątkowem jeszcze posiedzeniu wybrano na rok przyszły na prezesa BRAUN'a z Getyngi.

Aleksander Zawadzki.



## STRESZCZENIA ZBIOROWE.

### O wpływie alkoholu na organizm dziecka.

Skreślił

A. T u m p o w s k i.

(Dokończenie. — Patrz Nr. 26).

Nie będę tu przytaczał innych przypadków tego rodzaju, których symptomatologia jest dość monotonna i wyczerpuje się objawami zapaści, drgawek, utraty przytomności i t. p., towarzyszącymi zwykle dzieciom do śmierci. Takie zejście u dzieci 3 — 12-letnich już po kilku łyżkach stołowych miało miejsce w przypadkach HONERKOPF'a, SEYDEL'a, KORN'a, BÖTTRICH'a i wielu innych.

Jako wynik zarówno jednokrotnego spożycia nieco większych ilości spirytualiów, a w większym jeszcze stopniu regularnego korzystania z nich w umiarkowanych ilościach, mogą się też rozwinąć bardziej przewlekłe zaburzenia nerwowe. Bardzo charakterystyczna jest pod tym względem jedna z obserwacji DEMME'go: dziewczynka 5½ roczna z przepisu lekarza otrzymywała codziennie malagę, którą później z powodu wstępu dziecka do słodkiego smaku tego wina zastąpiono koniakiem z mlekiem. Po kilku miesiącach zachorowała na płasawicę, która wszakże szybko minęła, gdy przestano dawać jej koniak. Po 4 latach zjawiała się recydywa tej choroby, wywołana tem, iż rodzice, przekonani o dobroczynnym wpływie alkoholu, zaczęli dawać dziecku czerwone wino z wodą; gdy napój ten usunięto z jej diety, wróciła do zdrowia. Nie nauczeni doświadczeniem rodzice zaczęli poić wtedy córkę swą piwem, co po 2 miesiącach wywołało nowy nawrót tej choroby, który wreszcie przekonał rodziców o konieczności wyrzeczenia się alkoholu w dyecie dziecka. U nas opisał d-r PAŃSKI przypadek bezwładu połowicznego, który wystąpił u 8-letniego chłopca z wadą serca

wskutek nadmiernych libacji podczas świąt. Jeszcze częstsze są paraliże pochodzenia obwodowego: znane są z opisów STRÜMPELL'a, JACOBY'ego, COLLINS'a przypadki rozsianego zapalenia nerwów u dzieci kilkoletnich, niewątpliwie wywołane otruciem wyskokowem.

Co się tyczy cierpień umysłowych, spostrzeganych u małoletnich pacjentów, a zależnych od działania alkoholu, wskażemy tu, iż nawet najgroźniejsze z nich, jak obłęd opilecy (*delirium tremens*) nie rzadko były u dzieci obserwowane (WEISS i STADLER, CONRADs, MADDEW i inni). U dzieci, zupełnie jak i u starych alkoholików, obserwowano też to cierpienie, jako komplikację innych chorób, np. w przypadku COHN'a (5-letni chłopiec) w przebiegu złamania kości udowej, w przypadku FÖRSTER'a (8½-roczny chłopiec) podczas krupowego zapalenia płuc.

Wspomniemy tu jeszcze, iż w wielu opisywanych spostrzeżeniach autorzy notują, iż dzieci szybko przyzwyczajały się do alkoholów i domagały się ciągłego zwiększania dostarczanej im dawki. Przyzwyczajanie to najszybciej się prawdopodobnie rozwija u dzieci, obarczonych alkoholizmem rodzinnym.

Największe może znaczenie ze wszystkich następstw alkoholizmu w wieku dziecięcym ma wpływ ujemny, wywierany przezeń na stan umysłowy. Według COMBE'a w lżejszych postaciach otrucia (niewielkimi ilościami wina) zjawiają się objawy zwykłej nerwowości: dzieci są albo wrażliwe nadmiernie i podniecone, albo też smutne i apatyczne, cierpią na bóle głowy, mało i źle śpią, krzyczą we śnie, rozmawiają i rzucają się, budzą się często i trudno potem zasypiają. U nieco starszych zauważa się brak humoru, roztargnienie, lekkomyślność, niechęć do pracy umysłowej. Ich zdolności umysłowe, poziom etyczny i estetyczny ulegają obniżeniu, stają się one przebiegłe, skłonne do wybuchów



gniewu i złości, popędy egoistyczne biorą u nich górę nad umoralniającym wpływem wychowania. Zaburzenia takie znikają niekiedy, gdy dzieci przestają pić, jak to miało miejsce w przypadku DEMME'go: chłopiec 10½-letni, pijący oddawna malagę, cierpiał na znaczne osłabienie pamięci, które wyrównało się, gdy zaprzestano mu dawać wino, a szybko napowrót się zjawilo, gdy miejsce malagi zajęło piwo. Ten sam autor opowiada o ciekawem doświadczeniu, wykonanem na kilku 10 — 15-letnich chłopcach. Ojcowie ich byli najzupełniej przekonani o dobroczynnem działaniu umiarkowanych ilości alkoholu na stan fizyczny i umysłowy swych dzieci. Aby się w tem przekonaniu umocnić, urządzali oni w ciągu całych 2 lat kilkumiesięczne pauzy, podczas których nie dawali chłopcom żadnych napojów spirytusowych. Wbrew swym oczekiwaniom przekonali się wtedy, iż podczas okresów picia stan umysłowy ich synów był daleko gorszy, niż w okresach trzeźwości: chłopcy byli wtedy daleko apatyczniejsi, senniejsi, sen ich był niespokojny, nie orzeźwiał ich, znikła też wszelka chęć do pracy umysłowej.

W sposób ściślejszy zajął się tą sprawą d-r KEUDE. Za przykładem KRAEPELIN'a przeprowadził on szereg doświadczeń na 25 dzieciach 6 — 15-letnich w celu przekonania się o działaniu niewielkich ilości alkoholu na najprostsze czynności umysłowe. Wyniki jego badań w ogólności zgadzają się z wynikami KRAEPELIN'a i stwierdzają ogólne obniżenie sprawności intelektualnej. Poglądy swe na wpływ umiarkowanego spożywania alkoholu na układ nerwowy dzieci strzeczka KEUDE w następujący sposób:

Prowadzi ono do objawów, świadczących o braku równowagi w czynnościach układu nerwowego, wywołuje przytępienie zdolności umysłowych, niszczy wesoły nastrój, a często też budzi tkwiące w dziecku zarodki chorób nerwowych; zaburzenia te łatwiej występują u dzieci, pochodzących z rodzin alkoholicznych i psychopatycznych, u których już małe ilości alkoholu mogą wywołać padaczkę i płasawicę; ale i dzieciom, pod żadnym względem dziedzicznie nie obciążonym, codzienne spożywanie alkoholu nie uchodzi bezkarnie i wywołuje zaburzenia nerwo-psychiczne, których ślady pomimo późniejszego przyzwyczajania się do alkoholu pozostają na całe życie.

Ten wpływ alkoholu na stan umysłowy dzieci odbija się naturalnie i w obrębie szkoły. Przypatryliśmy wyżej dane o picu spirytualiów przez uczniów szkół ludowych w Wiedniu; możemy je obecnie uzupełnić tem, iż ze zbadanych wtedy 591 dzieci wśród niepijących 42% miało dobre stopnie z nauki szkolnej, wśród pijących raz dziennie tylko 28%, wśród pijących dwa razy dziennie 25%, a ani jeden z pijących po trzy razy dziennie; złe zaś stopnie były wśród tych grup rozmieszczone w stosunku 9%, 14% i 66%. Do analogicznych wyników doszli i nauczyciele w Bonn; zaznaczają oni, iż dzieci, które przed pójściem do szkoły piły w domu wino lub piwo, nie są zdolne do pracy w ciągu pierwszej godziny nauki i stanowią wtedy tylko zbyteczny i szkodliwy balast dla szkoły.

Kończąc powyższe, bynajmniej zresztą nie wyczerpujące sprawy uwagi o alkoholizmie u dzieci, pozwolę sobie w krótkich słowach wspomnieć o wnioskach, do jakich one prowadzą, i które zresztą same niemal się narzucają. Wszystkie wyłożone fakty, choć nie nowe, ale często ignorowane, dowodzą, iż alkohol wywołuje dziedziczne zwyrodnienie organizmu, z drugiej zaś strony dostarczany za pośrednictwem mleka macierzyńskiego lub bezpośrednio przez dzieci wypijany, tamuje rozwój młodocianego organizmu, nadaje mu nieprawidłowy kierunek i wywołuje różnorodne zбочenia cielesne i duchowe, prowadzące do przedwczesnej śmierci. Pouczają też one, iż w zastosowaniu do dzieci trudno chyba mówić o umiarkowanym spożywaniu wyskoku, gdyż na ich organizm trująco może podziałać wszelka jego dawka, a nabyte do niego przyzwyczajenie nie tyle zubożętnia jego działanie, ile raczej jest wyrazem daleko posuniętego otrucia. Wszystko to wskazuje na konieczność walki z alkoholizmem u dzieci, a zarazem pozwala w ogólnych zarysach określić i sposoby tej walki. Są one następujące:

1) Unikanie napojów wyskokowych przez kobiety, znajdujące się w okresie ciąży i karmienia dzieci.

2) zupełne usunięcie ich w drobnych nawet ilościach z codziennego pożywienia dzieci.

3) ostrożność przy leczniczem stosowaniu alkoholu, zwłaszcza jako środka dyetetycznego, na dłuższy czas zalecanego.



Potrzeba walki z alkoholizmem wśród dzieci wywołała w Europie założenie licznych specjalnych stowarzyszeń wstrzemięźliwości. W Belgii np. istnieją stowarzyszenia szkolne wśród uczniów szkół gminnych; liczba ich w r. 1899 wynosiła 2820 z 32850 uczestnikami. Do „Association française de la jeunesse tempérante“ należą członkowie, poczynając od lat 11. W Norwegii stowarzyszenia trzeźwości liczyły przeszło 17000 członków młodszych nad 16 lat. W Anglii w r. 1847 John HOPE ofiarował na propagandę

trzeźwości wśród dzieci i młodzieży 60000 f. sterl. i nazwane dla uczczenia go Bands of Hope liczą obecnie około 3 milionów członków w wieku od 7 lat życia. Propaganda antyalkoholistyczna wśród dzieci uzyskała nawet sankcję legalną we Francji, Belgii i Stanach Zjednoczonych w postaci specjalnych obowiązkowych wykładów szkolnych (éducation antialcoolique), poświęconych zaznajomieniu uczniów z działaniem alkoholu na organizm ludzki i społecznym znaczeniem alkoholizmu.

## K R O N I K A.

Obchód 40-lecia założenia Szkoły Głównej. Fundusz jubileuszowy. Zaniedbanie języka polskiego w piśmiennictwie naukowym. Wystawa sportowa. Wyścigi i higiena.

Ciekawy i wzruszający widok przedstawiać musiała w d. 6 czerwca r. b. sala Filharmonii warszawskiej, gdzie obok siwych głów kilku profesorów Szkoły Głównej widniały przyprószone siwizną głowy 600 jej wychowañców, zgromadzonych celem uczczenia 40-lecia założenia tej pamiętnej w dziejach naszych uczelni. Nie wszystkim los pozwolił święcić tę piękną uroczystość: jednych śmierć przedwczesna skosiła, inni, po rozmaitych kątach świata rozrzućeni, zdala tylko przypomniać się mogli kolegom.

W szeregu mówców, zarówno profesorów, jak i wychowañców, z lekarzy przemawiali: prof. BARANOWSKI na temat miłości bliźniego i tolerancji przekonań przeciwnika, kol. NUSBAUM w sprawie znaczenia Szkoły Głównej oraz wyznawanych przez młodzież ówczesną ideałów naukowych i życiowych, jakoteż kol. DOBRZYCKI, który przedstawił krótki rys historyczny wydziału lekarskiego Szkoły Głównej. Nie było tam może wśród profesorów epokowych olbrzymów wiedzy, ale były bezsprzecznie osobistości poważne, nawet kilka świetnych, a pomiędzy nimi królowała wspaniała postać rektora MIANOWSKIEGO. Ci z nas, którzy lepszą przeszłość pamiętają, z u-

wielbieniem odzywają się zawsze o tym swoim przewodniku-ojcu. Przepięknie też uczcili zebrań na zjeździe uczestnicy pamięć swej uczelni i niezapomnianego jej kierownika ofiarą 7000 rubli na rzecz Kasy MIANOWSKIEGO, przeznaczając fundusz ten na prace z dziedziny językoznawstwa polskiego. Myśl tę rzucił kol. Kosmowski, który w mowie swej uwydatnił fakt zaniedbania języka ojczystego, jaki u nas w prasie i piśmiennictwie naukowym co raz bardziej zauważyć się daje, i na potrzebę zaradzenia złemu uwagę zgromadzonych zwrócił.

Jeżeli porównamy plody pióra starszej generacji lekarzy z utworami literackimi późniejszych pokoleń, uderzy nas niewątpliwie powolne, ale stale wzrastające zachwaszczenie języka polskiego, pora więc wielka na stan ten zwrócić uwagę i zrozumieć, że każdego piszącego po polsku obowiązuje znajomość języka ojczystego. „Ja tam nie jestem SIENKIEWICZEM“, powiedział mi raz jeden z kolegów, któremu zwracałem uwagę na liczne herezye językowe w jego artykule, „mnie tylko treść obchodzi, a z formą zróbcie sobie, co chcecie“. Dobrze, jeżeli znajdzie się ktoś, co ową formę wygładzi, ale ukazują się u nas



przecież w druku książki, pisane tak ohydną polszczyzną, że się ze wstrętem ten zbiór dziwo-  
lągów gramatycznych i stylistycznych na bok  
odkłada.

Kto ma sposobność czytania w rękopisie  
artykułów, nadsyłanych do redakcyi naszych  
czasopism lekarskich, ten najlepiej oceni sto-  
pniowy upadek znajomości języka polskiego po-  
śród lekarzy. Takie rzeczy, jak: używać co, za-  
miast — czego, służyć czem, zamiast — za co,  
ilość — zamiast liczba, przybiegać do czego —  
zamiast uciekać się do czego, naruszyć — za-  
miast zakłócić lub uszkodzić — to chleb powsze-  
dni. W braku znajomości terminologii lekar-  
skiej polskiej autor nie waha się naszpikować  
okresu wyrazami łacińskimi lub niemieckimi al-  
bo też tworzy dziwolągi w rodzaju: peritonit, en-  
dometryt, pleuryt, laryngit i t. d. A styl jakże  
woła o pomstę do Boga! Mam w tej chwili przed  
sobą rękopis, z którego na chybił trafił cytuję  
zdanie: „Według autora ból przy *appendicitis acu-  
ta* nie zawsze pojawia się w miejscu, gdzie zwykł  
znajdować się wyrostek robaczkowaty, gdyż nie  
tylko zdarza się, iż za pośrednictwem *plexus so-  
laris* łatwo przeniesionym bywa, ale nadzwyczaj  
często znajduje się w najrozmaitszych miejscach,  
tak, iż nawet po otwarciu brzucha trudno jest go  
znaleźć“. Otwieram jedno z czasopism lekar-  
skich i, nie szukając długo, znajduję taki okres:  
„Po zastrzyknięciu dziecko obwijano w watę  
i kierowano ku niemu wytrysk pulweryzatora,  
tak, aby mogło ono oddychać w atmosferze wil-  
gotnej, oprócz tego robią się zimne obwijania  
szyi. Przy zwiększeniu się oddechu stenotyczne-  
go — tracheotomia“.

Nie jestem zwolennikiem przesadzonego  
puryzmu językowego i pozwalam sobie nawet  
w tej chwili bez wyrzutów sumienia użyć wyrazu  
obcego, przeciwnie, uważam niemiłosierne tępie-  
nie każdego słowa cudzoziemskiego za śmie-  
sne dziwactwo, prowadzące do kucia niezdar-  
nych wyrazów, a przynajmniej do psucia stylu.  
Nie poczytam też nikomu za grzech, gdy napisze:  
obserwować, patologiczny, organ, motyw, są to  
bowiem wyrazy powszechnie zrozumiałe i przy-  
swojone językowi naszemu, ale po co pisać: per-  
foracya, parietalny, epitelialny, oftalmia i t. d.?

Zresztą nie tylko my jedni grzeszymy lek-  
ceważeniem języka, nie tylko w pismach lekar-  
skich roi się od błędów gramatycznych i styli-

stycznych, od germanizmów i rusycyzmów, to  
samo, może w nieco mniejszym stopniu, znaleźć  
można i w prasie codziennej i nawet w pismach  
czysto literackich. Nie dawniej, niż kilka dni  
temu, czytałem w jednym z tygodników coś  
o „słojach arystokratycznych“.

Nie wielka to jednak pociecha dla nas le-  
karzy, że i inni źle piszą po polsku.

Ale, jeżeli prowadzimy wojnę z grama-  
tyką i stylistyką, bądźmy przynajmniej w zgo-  
dzie z wygłaszanemi zasadami; jeżeli waleczy-  
my pod sztandarem higieny, nie uświęcajmyż  
rzeczy dla zdrowia szkodliwych. Uwagę tę na-  
stręcza mi otwarta świeżo w Warszawie wy-  
stawa sportowa. Nie chcę tu krytykować sa-  
mej wystawy, której ubóstwo jest wprost ra-  
żące, ale uderza mnie odbyty w tych dniach  
pod egidą komitetu wystawy wyścig piechurów,  
którego w żaden sposób pogodzić nie mogę z pię-  
knie sformułowanymi aforyzmami o szkodliwości  
wszelkiego rodzaju wyścigów. Sport rozsądny  
służy ku krzepieniu ciała, ale bezmyślne ściganie  
się, czy to na koniach, czy na rowerach, czy pie-  
szo, bezwarunkowo powinno być potępione.  
Szczęśliwie jeszcze się stało, że dystans, ozna-  
czony przez komitet wystawy, był niezbyt wielki,  
bo nie przewyższał 30 wiorst, ale i taki wyścig  
korzyści zdrowiu przynieść nie może. Mam przed  
sobą sprawozdanie lekarskie z wyścigu pieszego,  
odbytego w roku zeszłym na przestrzeni 202 ki-  
lometrów pomiędzy Dreznem a Berlinem. Oto  
w krótkości wynik badania trzech osobników,  
którzy pierwsi do mety przybyli w 26 godzin 58  
minut, w 28 godzin 58 min. i w 30 godzin 28 min.

1) K. M. Wyrazny ciężki stan wyczerpania.  
Twarz ściągnięta, blada, pokryta zimnym  
potem. Wargi sine. Ciepłota w odbytnicy 38,2°.  
Oddech — 16, powierzchowny. Tętno drobne,  
bez napięcia, prawie nitkowate — 110 (przed wy-  
marszem tętno było pełne, mocne, dobrze napię-  
te, uderzeń 66). Ciśnienie krwi, mierzone sfigmo-  
manometrem Basch'a, dało liczby 63—77 mm.  
ręci. Tony serca bardzo ciche, ale czyste. Dru-  
gi ton tętnicy płucnej względnie mocniejszy, niż  
pierwszy. Ten sam stosunek, jeszcze bardziej wy-  
datny, nad zastawkami tętnicy głównej. Stłumie-  
nie serca ku górze na czwartem żebrze, na pra-  
wo na lewym brzegu mostka, na lewo ½ etm. na  
zewnątrz od linii sutkowej. Granica płucno-wą-  
trobowa na górnym brzegu 7 żebra. Waga ciała



57,52 kg. (przed wymarszem 61,24). Mocz, świeżo oddany w małej ilości, jest mętny, czerwono-żółtej barwy, ciężaru gatunkowego 1032, odczynu kwaśnego, cukru nie zawiera, indykanu małą ilość, natomiast białka  $\frac{3}{4}\%$  oraz krew, której obecność stwierdzono za pomocą prób chemicznych i spektroskopowej. W osadzie znajdują się liczne wielopostaciowe kryształy kwasu moczowego oraz obfite cylindry ziarniste i pojedyncze szkliste jakoteż nabłonek nerkowy. Czerwonych ciałek krwi nie ma.

W pół godziny po przybyciu do mety M. zaczął się poprawiać: twarz nabrała więcej życia, skóra stała się cieplejsza, oddech spokojniejszy i głębszy, tętno mocniejsze i wolniejsze, ciśnienie w układzie tętniczym podniosło się do 90—94 mm. rtęci. Prześwietlenie klatki piersiowej, dokonane dopiero w 2 godziny po przybyciu M. do mety, wykazało prawidłowe granice serca. Jeszcze następnego dnia — 27 godzin po ukończeniu wyścigu — M. robił wrażenie osłabionego fizycznie człowieka, w moczu krwi nie było, ale ślady białka, zarówno jak elementy morfotyczne w osadzie jeszcze dawały się wykazać. Dopiero trzeciego dnia mocz był wolny od nieprawidłowych składników i powrócił do dawnego ciężaru gatunkowego — 1017.

2) U drugiego piechura K. L. objawy były podobne, tylko ciepłota w odbyticy wynosiła 38,6°, ciężar gatunkowy moczu jeszcze wyższy — 1036, białka aż  $1\frac{1}{2}\%$ , a cylindrów ziarnistych bardzo dużo. Granica serca na lewo  $1\frac{1}{2}$  ctm. nazewnątrz od linii sutkowej.

3) Trzeci M. B. ogólnie miał się lepiej, niż dwaj poprzedni. Ciepłota w odbyticy 38,7°.

Słumienie serca na lewo 1 ctm. nazewnątrz od linii sutkowej, drugi ton tętnicy głównej mocno akcentowany. Mocz przedstawiał się tak, jak w dwóch poprzednich przypadkach, z dodatkiem obfitej zawartości czerwonych ciałek krwi.

Z podanych wyżej wyników badania okazuje się, że po nadmiernym wysiłku fizycznym, spowodowanym długotrwałym wyścigiem pieszym, powstają w układzie cyrkulacyjnym i w narządach wewnętrznych zmiany, które należy uważać za objawy patologiczne.

Stan ogólny piechura-wyścigowca przypomina poniekąd obraz, zbliżony do zapaści. Zwiótczenie serca znajduje wyraz swój w stwierdzonym za pomocą opukiwania rozszerzeniu słumienia, odpowiadającego lewej komorze. Zmiany te w sercu zdrowem powoli się wyrównują, w stopniowo jednak osłabianem mogą pozostać na stałe. To samo można powiedzieć o objawach ze strony nerek, przypominających obraz ostrego krwotocznego ich zapalenia. „Pomiędzy przyczynami przewlekłych chorób serca i nerek“, kończą swoje sprawozdanie autorzy, „należy zatem w przyszłości uwzględniać powtarzające się wysiłki sportowe. Jeżeliby lekarze narazić się nawet mieli na niechęć ze strony sportmenów skutkiem ostrzegania przed takimi nadużyciami, to jednak obowiązkiem ich będzie nie wyrzekać się tego wdzięcznego zadania profilaktyki. Prawdziwy sport powinien ujawniać tylko wpływ fizyologiczny, a nie patologiczny. Ostatni stanowi jednak wybitny objaw współzawodnictwa sportowego — wyścigu, który jest właściwie zwyrodnieniem sportu“.

Zygmunt Srebrny.

## Drobniejsze wiadomości różnej treści.

— PAULSEN zwrócił uwagę na muchy, jako poważny czynnik w rozprzestrzenianiu się ostrego nieżyty kiszek u dzieci (*cholera infantum*). Muchy zjawiają się w jednym czasie i miejscu z nieżytem. Wśród ubogiej zwłaszcza ludności — dzieci nie są dostatecznie zabez-

pieczone od much, które siadają na obnażonych częściach ciała dzieci, na ich wypróżnieniach i odzieży, poczem przenoszą się na inne dzieci. Autor badał zawartość żołądka i kiszek takich much i znajdował niezmierną liczbę paciorkowców, nawet więcej, niż w wypróżnieniach,



z czego wnosićby należało o mnożeniu się ich w przewodzie pokarmowym much. (Wien. klin. Rund. 39 — 1902).

= BENDIX spostrzegł przypadek szczególnej idyosynkrazy przeciw jajom u dziecka 1½ rocznego, które wkrótce po spożyciu jaja dostawało pokrzywki. Matka zauważyła to w 3 miesiącu życia dziecka, jakoteż w 7, gdy dziecie chorowało na niezyt kiszek. Pokrzywka zjawiała się po 6 — 8 minutach. Po mięsie tego

objawu nie było. W rozprawach przytoczył ALBU przypadek, w którym dziecko już od 1 roku życia dostawało rumienia pęcherzowego (*erythema bullosum*) po spożyciu jaja. (D. M. Z. 20 — 1903).

= NIKOŁAJEW zaleca 15% roztwór kokainy w 95% wysokości jako wyborny środek do znieczulania ozębny. Bezbolesność występuje po 5 — 7 minutach i trwa do 10 — 15 minut. Roztwór ten nie wywiera żadnego wpływu na zęby zdrowe. (D. M. Z. 20 — 1903).

## Spis prac oryginalnych, w czasopismach lekarskich polskich zawartych w czerwcu 1903 r.

### Gazeta Lekarska.

N. 23. 1) Leon KARWACKI. Laseczniki wrzecionowate (*bacilli fusiformes* VINCENT'a) i spiryle w cierpieniach jamy ustnej.

2) Józef WINIARSKI i Władysław ŻENCZYKOWSKI. Kilka przypadków wągra i bąblowca mózgu oraz uwagi o częstości różnych tasiemców w Warszawie. (Dok.).

3) Maurycy HERTZ. Powikłania przy operacji wyrosła adenoidalnych. (Dok.).

4) Henryk LANDAU. Trzy przypadki połowicznego zaniku języka (*hemiatrophia linguae*). (Dok.).

N. 24. 1) E. MACHEK. O wartości leczniczej jekwiritolu i surowicy jekwiritolowej.

2) Henryk FRENKEL. Czy bywa nierówność źrenic u ludzi zupełnie zdrowych?

3) W. GAJKIEWICZ. Kilka słów o odruchowem zwięzaniu się źrenic, a mianowicie o najnowszej teorii NICOLA MAJANO.

N. 25. 1) Alfons MALINOWSKI. Przyczynę do patologii i terapii błonicy i krupu płoniczego.

2) B. CHORAŻYCKI. Przypadek rogu krtańowego (*cornu laryngeum*).

3) Leon KARWACKI. Laseczniki wrzecionowate (*bacilli fusiformes* VINCENT'a) i spiryle w cierpieniach jamy ustnej. (Dok.).

N. 26. 1) F. ARNSTEIN. Drgawki ogólne u dzieci. (*Eclampsia infantum. Convulsiones*).

2) St. ŻEBROWSKI. O znaczeniu leczniczem alboferyny?

3) A. MALINOWSKI. Przyczynę do patologii i terapii błonicy i krupu płoniczego. (Ciąg dalszy).

### Kronika Lekarska.

Zeszyt 11. B. MOTZ. Leczenie rzeżączki przewlekłej.

Zeszyt 12. L. RZECZNIOWSKI. Podstawy psychofizyologicznej teorii histeryi.

### Czasopismo Lekarskie.

N. 6. 1) D-r S. STERLING. O naradach nad higieną prowincyi.

2) D-r A. LANDAU. Przypadek botulizmu.

3) D-r J. MASŁOWSKI. Kilka słów w sprawie używania piłek drucianych GIGLI-HÄRTEL do dekapitacyi zamiast haka BRAUN'a.

4) D-r PODCIECHOWSKI. Stół do porodu w chacie wiejskiej.

5) W. GLISOWSKI. Walka z chorobami zakaźnymi na wsi oraz parę słów w sprawie szczepienia ochronnego na wsi.

### Krytyka Lekarska.

N. 6. 1) G. LEWIN. Walka z gruźlicą za pomocą sanatoryów ludowych swojskich.



2) Józef JAWORSKI. Klinika i pracownia kliniczna. (Dok.).

3) A. ŻURAKOWSKI. O pracowniach szpitalnych.

4) Józef BIELIŃSKI. Założenie wydziału lekarskiego w Warszawie.

#### Zdrowie.

Zeszyt 6 i 7. Zawierają odczyty, wygłoszone na temat uzdrowotnienia prowincyi.

#### Przegląd dentystyczny.

N. 5. M. KRAKOWSKI. Zboczenia i zwyrodnienia w narządzie zębowym pod wpływem przymiotu dziedzicznego.

#### Przegląd Felczerski.

N. 12. 1) D-r E. L. O gruźliczem zapaleniu gruczołów chłonnych.

2) D-r M. O krwawieniach i krwotokach macicznych podczas ciąży. (Dok.).

3) Syfilis i choroby weneryczne. (C. d.).

#### Przegląd Lekarski.

N. 23. 1) Leon FEUERSTEIN i Kazimierz PANEK. Przyczynę do nauki o mleczo-moczu (*Chyluria*).

2) Jan FRĄCZKIEWICZ. Hedonal.

3) A. SOŁOWIJ. O potrzebie reformy przepisów służbowych, nauczania i doboru położnych. (Dok.).

N. 24. 1) Jan STUDZIŃSKI. Rzadki przypadek gronkowcowego zajęcia skóry w cukrzyey.

2) W. CHLUMSKY. Nowa pelota, wywierająca ucisk automatycznie.

3) Leon FEUERSTEIN i Kazimierz PANEK. Przyczynę do nauki o mleczo-moczu (*Chyluria*). (C. d.).

N. 25. 1) Zenon ORŁOWSKI. Rzadki przypadek zatoru tętnicy głównej w przebiegu duru brzuszego.

2) Leon FEUERSTEIN i Kazimierz PANEK. Przyczynę do nauki o mleczo-moczu (*Chyluria*). (Dok.).

N. 26. 1) Prof. D-r A. MARS. Ogólne uwagi w sprawie stosowania postępowania bezgnilnego w praktyce lekarskiej.

2) D-r J. LACHS. Przyczynę do etiologii opadnięcia błony śluzowej cewki moczowej (*prolapsus urethrae*) u kobiet.

3) D-r W. BYLICKI. Uwagi z powodu artykułu d-ra SOŁOWIJA (Przeg. lek. N. 22 i 23).

4) Doct. SOŁOWIJ. Odpowiedź na uwagi D-ra BYLICKIEGO.

#### Nowiny Lekarskie.

Zeszyt 6. 1) WACHHOLZ. O sądowo-lekarskiem znaczeniu próby wątrobowej.

2) SŁĘK. O operowaniu krwawnie (hemoroidów) sposobem WITEHEAD-ESMARCH'a.

#### Przegląd Weterynarski.

N. 6. 1) GAJEWSKI. Kastracya ogierów za pomocą emaskulatora.

2) Aleksander GOTTLIEB. O przeróbce krwi z rzeżali na mączkę opasową i nawozową.

3) Jan KOWALEWSKI. Wystawa weterynaryjna na 1 wszechrosyjskim kongresie weterynarzy w Petersburgu.

4) Notatki z praktyki.

#### Postęp okulistyczny.

N. 5. 1) K. NOISZEWSKI. Przyrządy kontrolujące celność.

2) W. REIS. Przyczynę do kazuistyki przybłoniaków (*carcinoma peribulbare*).

3) B. WJCHERKIEWICZ. Tak zwana „nowa choroba krakowska“, a objawy jej oczne.

#### Przegląd Higieniczny.

N. 6. 1) E. BOBROWSKI. Kilka uwag o higienie kolei żelaznych.

2) Narady higienistów w Warszawie nad uzdrowotnieniem miast i wsi.