

MEDYCYNĄ.

CHASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

Warunki przedpłaty: w Warszawie, rocznie rs. 6, półrocznie rs. 3. Na prowincyi i w Cesarstwie z przesyłką, 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 Administracja „Medycyny”. — W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38.

Adres Wydawcy: Nowo-Zielna Nr. 47.

Adres Redaktora: Oboźna Nr. 5.

TREŚĆ. Prace oryginalne. Przyczynek do zachowania się czynności żołądka przy raku przełyku. Podał S. Mintz. — Oznaczeniu ośrodków skojarzeniowych Flechsig'a dla badań nad rozwojem umysłu, mowy, psychologii mowy oraz nauki o niemocie. Podał d-r Wł. Oltuszewski. (Ciąg dalszy). — **Wykłady kliniczne.** Delorme i Mignon. O nakłóciu i cięciu osierdza, podał A. Leśniowski. — **Streszczenia i wyciągi.** 74. Różniczkowe rozpoznanie trądu i syryngomyelii. 75. Dławiec paciorkowcowy tchawicy przy septycznej postaci płonicy. 76. Przyczynek do wewnętrznego leczenia kamicy nerkowej. — **Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.** Posiedzenie z dnia 6 kwietnia r. b. — **Drobniejsze wiadomości różnej treści.** — **Wiadomości bieżące.** — **Ugłoszenia.**

„Medycyna“

GAZETTE MEDICALE HEBDOMADAIRE
destinee aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r S. Mintz — De l'influence du cancer de l'oesophage sur les fonctions de l'estomac. 2) D-r Wł. Oltuszewski — Sur la signification des „centres d'association“ de Flechsig pour le développement de l'esprit et de la parole.

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

„Medycyna“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r S. Mintz — Ueber das Verhalten der Magenfunktionen beim Oesophaguscarcinom. 2) D-r Wł. Oltuszewski — Die Bedeutung der Associationscentren von Flechsig für die Forschungen über die Entwicklung des Geistes und der Sprache.

Redaction: Dr H. Dobrzycki. Warschau—Oboźna str. 5.

Przyczynek

do zachowania się czynności żołądka przy raku przełyku.

Podał S. MINTZ.

Gdym pod koniec 1895 roku (Gazeta lekarska Nr. 51) ogłosił swe nie-liczne spostrzeżenia, obalające ustalony niemal pogląd o zniesionem wydzie-łaniu soku żołądkowego przy raku przełyku, sądziłem, iż na poparcie swego zdania niedługo będę mógł, dzięki zainteresowaniu się tą sprawą, przytoczyć bogatszy materiał statystyczny. Sprawa zachowania się czynności żo-łądka w omawianem cierpieniu nie ma bynajmniej, jak by się to na po-zór wydawać mogło, znaczenia podrzędnego, a bez przesady można twier-dzić, że od jej rozwiązania zależy racjonalność przy raku przełyku gastro-stonii, jako zabiegu operacyjnego, gdyż tworzenie przetoki żołądkowej powin-no być uzasadnione przekonaniem, iż żołądek nie utracił zdolności trawienia; w przeciwnym razie, gdyby żołądek był tylko zwykłym zbiornikiem bez wpły-wu na zawartość, to czy nie należałoby w tych warunkach zastąpić gastro-stomię przez jejunostomię, która nie ma tak niepożądanych następstw poope-

racyjnych (wylewanie się zawartości, owrzodzenia skóry) jak gastrostomia, a przedstawia mniejsze trudności techniczne?

Pomimo doniosłości sprawy poruszonej od czasu ogłoszenia mej pracy nikt odnośnych badań nie przeprowadzał, co przedewszystkiem tłumaczyć należy rzadkością gastrostomii w ogóle. Nawet u nas, gdzie rak przełyku napotyka się dość często*), gastrostomię wykonywa się względnie rzadko. Przyczyna jest łatwo zrozumiała: z operacją zwleka się po większej części dopóty, dopóki choremu nie grozi niebezpieczeństwo głodowej śmierci. Teoretycznie rzecz biorąc, należałoby przy nowotworach przełyku operować we wczesnym okresie, gdy nie nastąpiła jeszcze zupełna niedrożność i choremu został jeszcze dostateczny zapas sił, w praktyce jednak brak nam odwagi doradzać bądź co bądź ciężką operację człowiekowi, stojącemu już nad grobem, tembardziej, że zabieg chirurgiczny nie ma na celu wyleczenia chorego, lecz przedłużenie nędznego życia o kilka miesięcy. Bo że życie takiego chorego po dokonanej gastrostomii jest nędzne w pełnem tego wyrazu znaczeniu, wie chyba każdy, kto miał sposobność spostrzegać takich chorych po operacji, nawet najszcześliwiej zrobionej i o idealnym przebiegu. Chory nie może pogodzić się z tą myślą, że już do końca życia będzie się odżywił przez przetokę sztuczną, wciąż nagabuje lekarza o to, kiedy nareszcie będzie już mógł przyjmować pokarmy drogą naturalną; niektórzy chorzy po operacji wpadają w ciężką apatię, a nawet dopuszczają się samobójstwa. Otóż przyczyna, dla której nie można porównać gastrostomii, dokonanej z powodu nowotworu złośliwego, z gastroenterostomią z powodu raka odźwiernika, jakkolwiek na pozór wskazania są jednakowe. Otóż również przyczyna, dla której lekarz wobec chorego z rakiem przełyku powiada sobie, że gra nie warta świecy i przekłada leczenie wewnętrzne, systematyczne rozszerzanie zapomocą zgłębników i lawatwy odżywcze nad zabieg krwawy.

Jeżeli gastrostomia przy raku przełyku jest operacją dość rzadką, to o wiele jeszcze radsze są badania żołądka po gastrostomii z powodu raka dokonanej. Wobec tego sędzę, że każdy przypadek raka przełyku, w którym zostały przeprowadzone dokładne badania czynności żołądka, zasługuje na uwagę.

Przypadek mój dotyczył Wyrorz. Al., kobiety w wieku lat 62, którą po raz pierwszy widziałem w dniu 5-go grudnia 1895 roku. Chora wzrostu mniej niż średniego, o skórze bladej, tkance podskórnej skąpej, jednak bez objawów charłactwa, uskarżała się na trudności w połykaniu, które miały trwać już od $\frac{1}{2}$ roku. Przebieg choroby przedstawiał zwykły obraz kliniczny raka przełyku. Na początku choroby tylko pokarmy stałe napotykały przeszkodę poza wyrostkiem mieczykowatym; później również płyny przechodziły z trudnością do żołądka, nareszcie gdy chora się do mnie zgłosiła, nic już od kilku dni nie dostawało się do żołądka. Badanie przedmiotowe nie wykazało w płucach i sercu nic nieprawidłowego. Tętno w obu tętnicach promieniowych uderza jednocześnie, niemiarowości niema. Również w narządach brzusznych nie można zauważyć nic nieprawidłowego. Gruczoły chłonne nie są powiększone, obrzęku nóg niema, mocz nie zawiera białka, ani też cukru. Wprowadzony do przełyku zgłębnik miękki zatrzymuje się w nim

*) Rak przełyku, zdaje się, jest u nas chorobą bardzo rozpowszechnioną, zwłaszcza wśród ludności żydowskiej. Prof. Th. ROSENHEIM niedawno zapewnił mnie, że w Berlinie nawet w tak uczęszczanej poliklinice uniwersyteckiej rak przełyku bardzo rzadko się napotyka. O przypuszczalnych przyczynach częstości tego cierpienia u nas pisałem w artykule o raku żołądka w bibliotece DRASCHE'go.

na wysokości 38 cm. od zębów siecznych, przy aspirowaniu zaś otrzymuje się około 25 cm. sz. zawartości płynnej, odczynu zasadowego, o zapachu wstrętnym. Pod drobnowidzem dużo ciałek ropnych i laseczników, krople tłuszczu i ciałka krochmalowe. Twardymi zgłębnikami nawet najmniejszego kalibru nie udało mi się utorować drogi do żołądka. Wobec niebezpieczeństwa śmierci głodowej zaproponowałem operację, na którą też chora bez wahania się zgodziła. Operację wykonał kol. DİNTE w Domu Zdrowia dnia 6 grudnia w asystencji kolegów: REJCHSTEINA, WAWELBERGA i mojej. Przetoka była zrobiona metodą KOCHER'a, która, jak wiadomo, zasadza się na przecięciu lewego mięśnia prostego w kierunku podłużnym, otworzeniu jamy brzusznej, wyciągnięciu części żołądka i obszywaniu podstawy wyciągniętego kawałka z otrzewną ścienną. Na wysokości chrząstek żebrowych prowadzimy drugie cięcie skórne, a po odpreparowaniu płata skórniego przeciągamy pod nim stożkowatą część żołądka, której podstawę umocowaliśmy poprzednio w otworze otrzewnej, wierzchołek tego stożka rozcinamy i wszywamy do rany skórnej. Wskutek przegięcia żołądka ku przodowi i wytworzenia małego sztucznego przeliku przetoka działa wybornie.

Przebieg pooperacyjny u naszej chorej był bezgorączkowy. Przetoka działała bardzo dobrze, tak że nic z żołądka nie wylewało się na zewnątrz. Po 2 tygodniach chora wypisała się z Domu Zdrowia w stanie zadowalającym, o dalszym zaś jej losie dowiadywaliśmy się od czasu do czasu w jej mieszkaniu prywatnem. Pomimo forsownego odżywiania przez przetokę, z której, jak już wspominałem, nic nie wylewało się napowrót, chora chudła co raz więcej, prawdopodobnie wskutek postępującego rozwoju czy też rozpadu nowotworu. Chora gasła jak świeca i nareszcie zmarła w 100 dni po operacji.

Chorą badałem kilkanaście razy przez czas pozostawania jej w Domu Zdrowia. Niektóre z tych badań pozwolę sobie tu przytoczyć.

15. XII. Naczczo wyciągnąłem z żołądka przez przetokę 60 cm. sz. płynu żółciowego, w którym znalazłem kilka podłużnych kawałków sernika. Stopień kwaśności 18; brak wolnego kwasu solnego.

17. XII. Naczczo aspirowałem 30 cm. sz. płynu kwaśnego. $A = 12$; $L = 0$. Resztek pokarmowych nie było.

18. XII. Do żołądka naczczo wiano 300 cm. sz. mleka przegotowanego. Po 2 godzinach aspirowano 10 cm. sz. $A = 30$; $L = 0$; odczyn UFFELMANN'a na kwas mleczny daje wynik dodatni.

19. XII. Chorej wiano naczczo przez przetokę 20 grm. proszku mięsnego w 200 cm. sz. wody. Po 2 godzinach wyciągnąłem zaledwie 5 cm. sz. Odczyn na wolny kwas solny bardzo wyraźny.

20. XII. W pięć minut po wlewaniu do czczego żołądka 100 cm. sz. wody przekroplonej aspirowano 50 cm. sz. płynu żółci zabarwionego, odczynu obojętnego. Następnie chora otrzymała 30 grm. proszku mięsnego w 300 cm. sz. wody. Po 2 godzinach wydobyłem z żołądka 10 cm. sz. zawartości. $A = 52$; $L = 24$. Po wydobyciu zawartości wlałem znowu około 100 cm. sz. wody przekroplonej i natychmiast aspirowałem słabo kwaśny płyn, w których można było widzieć kilka drobnych cząsteczek proszku mięsnego.

21. XII. Chora otrzymała naczczo 12 grm. bułki tartej + 200 cm. sz. wody przekroplonej. Po 40 minutach nie można było nic z żołądka wydostać. Przepluczyny są czyste, resztek pokarmowych nie zawierają.

22. XII. To samo, co poprzednio, po 30 minutach. Aspirowano 10 cm. sz. zawartości pokarmowej; $A=16$; $L=4$.

Powyższe badania dowodzą, że o zaniku gruczołów żołądkowych u naszej chorej nie mogło być mowy, skoro na bodziec pokarmowy odpowiadały one dość energicznie, a pewna część wydzielanego kwasu solnego pozostawała nawet w stanie wolnym. Nie można również spostrzedz nieprawidłowości w mechanizmie wobec tego, że po 12 grm. białka i 200 cm. sz. wody już po 40 minutach nic w żołądku nie pozostawało.

Dodam jeszcze, że w tym samym czasie na zaproszenie ś. p. d-ra JAWDYŃSKIEGO badałem chorego na jego oddziale po gastrostomii, wykonanej z powodu raka metodą WITZL'a. Z powodów odemnie niezależnych badań w tym przypadku przeprowadziłem tylko kilka. U chorego tego chemizm żołądka znalazłem również w stanie prawidłowym.

Wyniki tych badań zgadzają się w zupełności z wynikami badań poprzednich, które pod koniec 1895 roku ogłosiłem.

O znaczeniu ośrodków skojarzeniowych FLECHSIG'a

dla badań nad rozwojem umysłu, mowy, psychologii mowy
oraz nauki o niemocie.

Podał D-r Wł. Ołtuszewski.

(Ciąg dalszy—Zob. N. 24).

Jakie więc przeznaczenie mają owe pola kory, nie zajęte przez ośrodki zmysłowe i nie stojące w żadnym związku z układem włókien rzutowych (przewodników czuciowo-ruchowych)? Badania nad rozwojem kory mózgu u dziecka, anatomia porównawcza (w miarę jak się wyżej wznosimy w hierarchii zwierzęcej, widzimy coraz większy rozwój ośrodków skojarzeniowych), oraz patologia (niemoty, niektóre sprawy patologiczne w mózgu) rzucają nam na to odpowiednie światło. Już w drugim miesiącu życia tworzą się włókna nerwowe z otoczką mielinową, dążące od tych pól do ośrodków zmysłowych i tam znikające (włókna skojarzeniowe w znaczeniu MEYNERT'a). Zadaniem ich jest łączyć między sobą różne części kory mózgowej, a tem samem kojarzyć różne jej czynności. Z dalszym wzrostem niemowlęcia zbiegają się miliony tych włókien skojarzeniowych w polach omawianych, gdzie spotykają się układy skojarzeń, wychodzące z ośrodków wzroku, słuchu i t. d. W następstwie wybiegają włókna już nie z ośrodków, lecz z tych pól i przechodzą do drugiej półkuli (*Balkenfasern*).

Zgodnie z przedstawionemi danemi anatomicznemi przestrzeniom kory leżącym między okolicami zmysłów nadaje FLECHSIG nazwę ośrodków skojarzeniowych. Nie oddzielają one ośrodków zmysłowych, lecz łączą je między sobą, ale następuje to dopiero w kilka miesięcy po urodzeniu, a nawet i później. Fakt ten ma tem większą wagę, że, jak wyżej powiedziano, bezpośrednie połączenia między ośrodkami są bardzo nieliczne.

Na zasadzie badań ontogenetycznych wyróżnia FLECHSIG trzy ośrodki skojarzeniowe, ale mające między sobą wewnętrzną łączność. Największy, tylny, leży między okolicą czucia cielesnego, słuchową i wzrokową, części między wzrokową, słuchową i *gyrus hippocampi*. Daleko mniej miejsca zajmuje ośrodek skojarzeniowy przedni czyli czołowy, znajdujący się u wierzchołka zrazu czołowego, a przede wszystkim jego podstawy. Najmniejszy, insularny, leży w środku i zajmuje wyspę REIL'a.

Przy zaburzeniach w ośrodku skojarzeniowym tylnym niema zboczeń we właściwych spostrzeżeniach zmysłów, a chorzy nie są zdolni jedynie kojarzyć doznawane w danej chwili wrażenia zmysłowe z odnośnymi obrazami przechowywanymi w pamięci; niewątpliwie więc zachodzą tu zaburzenia w kojarzeniach. Zmysłowy np. ośrodek słuchowy przeznaczony jest jedynie do zmysłowego spostrzegania szmerów i dźwięków, a bynajmniej nie służy do rozumienia wyrazów, gdyż do tego potrzeba udziału dalszych okolic kory, mieszczących się w ośrodku skojarzeniowym tylnym, a położonych względem niego ku górze (łączenie wyobrażeń dotykowych ze słowami), ku dołowi (łączenie przedmiotowych wyobrażeń słuchowych ze słowami), lub ku tyłowi (łączenie wyobrażeń wzrokowych ze słowami) pojedynczo lub razem wziętych. Ośrodkowi skojarzeniowemu tylnemu wyznacza FLECHSIG ważną rolę w mowie wewnętrznej, gdyż przypisuje mu wspomnienia wyrazów, w zaburzeniach zaś pamięci i skojarzeń, mających tu miejsce, widzi źródło niemoty słuchowej pozakorowej, aleksyi pozakorowej, afazyi optycznej, a przy zajęciu ośrodków pomienionych w obu półkulach agnozyi FREUD'a (apraksyi). W nielicznych przypadkach umiejscowionych zmian przedniego ośrodka skojarzeniowego, pozostającego w związku z okolicą czuciową cielesną, występuje osłabienie umysłowe, uwarunkowane więcej utratą zainteresowania się, uwagi, namysłu, a więc praktycznego zastosowywania pojęć i motywów samodzielnego działania, aniżeli zapominanie wyrazów i wyobrażeń. Co się wreszcie tyczy średniego ośrodka skojarzeniowego, to już MEYNERT wyraził mniemanie, że tu musi się znajdować okolica, stojąca w związku z mechanizmem mowy, że więc tu następują skojarzenia ośrodków słuchowych, ruchowych i dotykowo-czuciowych, biorących udział przy mowie. Podzielając ten pogląd, uważa FLECHSIG wyspę REIL'a za ośrodek, ześrodkowujący w sobie wszystkie pola zmysłowe bądź czuciowe, bądź ruchowe, przyjmujące udział przy mowie.

W ośrodkach skojarzeniowych, jak powiedzieliśmy, odbywa się skojarzenie rozmaitych pobudzeń okolic zmysłowych, oraz ich obrazów pamięciowych. To łączenie jest prawdopodobnie dziełem licznych komórek, których jedynym zadaniem jest kojarzyć, a mniemanie to stanowi rdzenną różnicę w poglądach na mechanizm skojarzeń między stanowiskiem FLECHSIG'a, a dawniejszemi teoryami WERNICKE'go, MEYNERT'a i innych, utrzymujących, że różne ośrodki zmysłowe są z sobą złączone bezpośrednio włóknami kojarzącymi. Ponieważ niema najmniejszego dowodu, aby uszkodzenie ośrodków skojarzeniowych upośledzało spostrzeżenia zmysłowe, ośrodki więc skojarzeniowe mogą być czynne tylko przy spostrzeżeniach w szerszym znaczeniu tego wyrazu, gdzie do wrażeń zmysłowych dołączają się obrazy pamięciowe.

Centralne pola ośrodków skojarzeniowych (neurony ośrodkowe) nie pozostają w związku z polami zmysłowymi. Znajdują się one tylko u człowieka i małp człowieko-kształtnych i mają zapewne szczególne znaczenie w życiu psychicznym. Wszystkie te neurony centralne łączą się zapomocą długich

układów skojarzeniowych z okolicą czucia cielesnego, która staje się punktem środkowym całej kory. Przez to wytwarza się rzeczywista jedność mechanizmu czynności psychicznej.

Ośrodki zmysłowe i ośrodki skojarzeniowe zajmują wprawdzie oddzielne okolice mózgu, ale przez swoje pierwiastki zależą tak ściśle od siebie pod względem anatomicznym i czynnościowym, że rozdzielenie ich w narządzie dobrze rozwiniętym zupełnie nie jest możliwe. Stosunek ich jest podobny do stosunku zmysłowości i rozumu w życiu duchowym, dwóch dziedzin, które teoretycznie dadzą się rozdzielić, ale w rzeczywistości są jak najściślej spójne. Każdy ośrodek zmysłowy jest punktem wyjścia dla niezliczonych włókien skojarzeniowych, które jakkolwiek oddalają się od niego, pozostają przecież przez swój początek jego częściami składowymi. Poszczególne ośrodki zmysłowe wraz ze swymi układami skojarzeniowymi są prawdziwymi narządami duszy. Ośrodki skojarzeniowe ułatwiają współdziałanie tych pojedynczych narządów i wytwarzają tak zwane układy uwagi. Do czynności samodzielnej bez udziału ośrodków zmysłowych nie są one zdolne, treść ich czynności jest dana przez okolice zmysłowe, ale układ, jaki ta treść otrzymuje, zależny jest wyłącznie od mechanizmu kojarzenia. Bez ośrodków skojarzeniowych nie byłibyśmy w możności spostrzeżeń, które nam podają różne zmysły, łączyć w jednolitą całość, tworząc z nich wyobrażenia przedmiotów ²⁾.

Skreślone wyniki badań anatomicznych FLECHSIG'a postaramy się zastosować do zagadnień podanych w nagłówku niniejszej pracy.

Znajdują one przede wszystkim najzupełniejsze potwierdzenie w spostrzeżeniach nad rozwojem umysłu człowieka. Życie duchowe noworodka zaczyna się od spostrzeżeń zmysłowych, uczuć pierwiastkowych, łączących się bezpośrednio z wrażeniami zmysłowymi, oraz pewnych ruchów wrodzonych (odruch, impuls, instynkt). Właściwe spostrzeżenia, zależne od wrażeń otrzymanych przez różne zmysły, uczucia wyższe, jak radość, bojaźń i t. d. oraz wola popędowa, jako jednoczące się już z wyobrażeniami i wspomnieniami, rozwijają się i są dostępne dla naszego spostrzegania dopiero od 4 miesiąca. To samo dotyczy świadomości. Noworodek ma z początką pewną ilość oddzielnych świadomości, a każda okolica zmysłowa przedstawia osobny narząd niezależny, który wrażenia każdego gatunku mniej więcej przerabia, to jest łączy i przenosi na odpowiedni przyrząd ruchu. Początek świadomości zmysłowej albo przedmiotowej odbijającej jedynie świat zewnętrzny, od którego się dziecko jeszcze nie wyróżnia, staje się przystępnym dla naszego badania również w 4 miesiącu. Dopiero po uformowaniu się osobowości, powstają-

²⁾ Nie ośmielałem się wdawać w krytyczną ocenę pracy FLECHSIG'a w szczególności co się tyczy jej strony anatomicznej, gdyż nie posiadam do tego odpowiedniego uzdolnienia, a z tego względu, pomimo iż jak to wyżej nadmienilem, potwierdza ona wiele uprzednich naszych dedukcji zarówno co do psychologii, jak i patologii mózgu, bezpłeczniej wyniki jej przyjąć za wielce prawdopodobną hipotezę przynajmniej do tego czasu, dopóki inni badacze nie podzielą poglądów tego znakomitego i sumiennego uczonego. Wogóle jak dotychczas bardzo niewiele autorów z grona lekarzy zajęło się krytyczną oceną pracy FLECHSIG'a. Tu należy wspomnieć SCHULTZ'a (Deutsche Medicin. Woch. Nr. 6. 1897), krytykująca filozoficzny pogląd FLECHSIG'a co do stosunku umysłu i ciała, zdaniem mojem bez żadnej naukowej podstawy, oraz kilka uwag WERNICKE'go we wstępnym artykule 1-go numeru Monatschrift für Psychiat. und Neurol., których dalsze rozwinięcie znajdujemy w tymże miesięczniku w pracy SACHS'a (Ueber FLECHSIG's Verstandescentren). Autor ten na zasadzie badań swych nad mózgami patologicznymi dorosłych lubo zgadza się z FLECHSIG'iem co do istnienia oraz czynności ośrodków zmysłowych, nie podziela jednak poglądu tego autora odnośnie do ośrodków skojarzeniowych i utrzymuje, że włókna rzutowe u dorosłych rozchodzą się po całej korze, a tem samem poniekąd zaprzecza istnieniu ośrodków skojarzeniowych. Na dalsze prace w tym kierunku każdy interesujący się tym przedmiotem z niecierpliwością oczekuje.

cej z chwilą rozdziału cielesnego ja od świata zewnętrznego, co następuje mniej więcej między 2—3 rokiem, zwolna zaczyna się wytwarzać świadomość, odpowiadająca poznaniu swego ja jako podmiotu.

Pogląd FLECHSIG'a co do istnienia oraz czynności ośrodków zmysłowych i skojarzeniowych możemy również pogodzić ze spostrzeżeniami nad rozwojem mowy u dziecka, oraz obecnem zapatrywaniem się naszym na psychologię mowy, a więc i naukę o niemocie, musimy jednak tu uczynić pewne objaśnienia i uzupełnienia, oraz wypowiedzieć niektóre w tym względzie zapatrywania własne.

Wiemy z rozwoju mowy u dziecka, że lubo pamięć dla głosek nagromadza się w ośrodku zmysłowym słuchowym (okolica WERNICKE'go) zapewne dosyć wcześnie, kojarzenie jednak wyrazów z wyobrażeniami, których siedlisko upatrujemy w ośrodku skojarzeniowym tylnym, nieodzowne dla wytworzenia pojęć słownych, objawia się stosunkowo późno, a mianowicie początek jego odnosimy dopiero do 8 miesiąca. Jest to najłatwiejszy i najwcześniejszy rozwijający się u dzieci z prawidłową inteligencją okres mowy—rozumienie. Z rozwojem woli a przedewszystkiem naśladownictwa dziecko (mniej więcej około 11 miesiąca) zaczyna łączyć słyszane głosy z odpowiedniami czuciami zależnymi od ruchów w narządach artykulacji, jakie mają miejsce przy wygłaszaniu głosek, a wymawianie ich, pozostawiając ślady w ośrodku zmysłowym ruchowym kory (okolica BROCA), wytwarza pamięć ruchową zmysłową (artykulacyjną). W miarę coraz większego wyrabiania się owej pamięci mechanicznej oraz wzrostu pamięci zmysłowej słuchowej dziecko zaczyna powtarzać wyrazy, a powtarzanie to, oparte na licznych kojarzeniach zmysłowej i ruchowej okolicy kory, pozostawia ślady, jak przypuszczam, w ośrodku skojarzeniowym średnim, przygotowując najpóźniej się rozwijający, gdyż dopiero w końcu drugiego roku, okres mowy samodzielnej. Przy mowie samodzielnej, oprócz wyrobienia już do pewnego stopnia pamięci zmysłowej słuchowej i ruchowej oraz nagromadzenia odpowiedniego zapasu śladów słownych, które powstały jako wynik uprzednio uskutecznianych licznych kojarzeń szeregu głosów i szmerów (wyrazów) z odpowiednimi ruchami w narządach artykulacji, musi dziecko jeszcze posiadać zdolność wyłaniania na próg świadomości tych połączonych już obrazów słuchowo-ruchowych, inaczej mówiąc, zdolność wspomnień wyrazów, co wszystko, z początku odbywając się świadomie, przechodzi następnie w czynność automatyczną, podporządkowaną ośrodkom wyobrażeń i pojęć. To samo *mutatis mutandis* dotyczy aktu czytania i pisania, gdzie łączenie obrazów wzrokowych lub pamięci ruchów do pisania z głosowymi oraz zdolność wspomnień tych obrazów odbywa się również w tymże ośrodku z początku świadomie, w następstwie zaś automatycznie. Z tego, cośmy powiedzieli o rozwoju mowy, okazuje się, że mowa samodzielna, nawet w swych początkach jako powtarzanie, lub występująca u wielu dzieci we wczesnych okresach ich rozwoju—mowa bez pojmowania—nie jest odruchem, jak to utrzymywał KUSSMAUL, WERNICKE i LICHTHEIM, lecz sprawą psychiczną, polegającą na świadomem wyrabianiu pamięci zmysłowych słownych oraz świadomem łączeniu słuchowo-ruchowych obrazów głosek w ośrodku skojarzeniowym średnim. Wprawdzie cała ta praca intelektualna dziecka, nieodzowna dla wytwarzania automatyzmu mowy, pozostaje dla niewprawnego badacza ukryta w szczególności u dzieci prawidłowo rozwijających się, przy jakichkolwiek jednak zboczeniach inteligencji, automatyzmów

wcale się nie rozwija, a przy wyrabianiu mowy u tego rodzaju dzieci jesteśmy dopiero świadkami mozolnych wysiłków dziecka, jakie są konieczne dla jego powstania.

Jak wyżej nadmienilem, zdolność przedstawiania sobie w umyśle wyrazów bez udziału ośrodków wyobraźniowych, stanowiącą najważniejszy składnik mowy wewnętrznej, przypisuję nie ośrodkowi tylnemu, jak mniema FLECHSIG, lecz średniemu, który odgrywa w okresach początkowych rozwoju mowy taką samą rolę w akcie mowy, jaką w następstwie spełnia ośrodek skojarzeniowy tylny przy skutecznianiu spostrzeżeń. Hipoteza ta znajduje uzasadnienie w tem, że jakkolwiek owe automatyczne przypominanie sobie wyrazów u osób dorosłych łączy się zawsze z wyobrażeniami i pojęciami, gdyż przeważnie myślimy przy pomocy wyrazów, u dzieci jednak nawet z prawidłową inteligencją mamy przy rozwoju mowy odpowiedni okres, w którym bez pojmowania mogą one dużo bezmyślnie mówić, co w szczególności uwidatnia się u dzieci z niedorozwojem sfery psychicznej, gdzie mowa automatyczna bez udziału ośrodków wyobrażeń i pojęć występuje bardzo jaskrawo. Za niezależnością myśli naszej od automatycznego przypominania sobie wyrazów przemawia również i to, że przy wielu niemotach, mających siedlisko w ośrodku skojarzeniowym tylnym, pomimo to że chorzy przestają łączyć wyobrażenia i pojęcia z wyrazami, mowa automatyczna istnieć nie przestaje.

Hipoteza co do przeznaczenia ośrodka skojarzeniowego średniego nie stoi również w sprzeczności z dotychczasowymi spostrzeżeniami klinicznymi nad różnego rodzaju niemotą ruchową, lecz przeciwnie przy jej pomocy możemy wyjaśnić sobie bardzo wiele niezupełnie dotychczas zrozumiałych, a tu odnoszących się pytań. Aczkolwiek w ruchowej okolicy BROCA upatrujemy zbiornik pamięci ruchowej (zmysłowej), organiczne zmiany jednak tu zachodzące wywołują najprawdopodobniej tylko utratę ruchów artykulacyjnych bez zniesienia mowy wewnętrznej, tak zwaną uprzednio niemotę ruchową podkorową, gdzie obok braku mowy samodzielnej chory rozumie pismo i może pisać, czynnościowe zaś osłabienie owej pamięci ruchowej powoduje tak zwaną uprzednio niemotę ruchową pozakorową, gdzie obok utraty mowy samodzielnej chory nie tylko rozumie pismo, lecz może głośno czytać i powtarzać (skojarzeniowe działanie podniety obwodowej). Jeśli domniemania nasze co do przeznaczenia ośrodka średniego jest słuszne, należy tedy oczekiwać, że jedynie organiczne zmiany w wyspie REIL'a, niwecząc ślady nagromadzonych skojarzeń obrazów słuchowo-ruchowych oraz wspomnień wyrazowych, powodują niemotę ruchową zupełną, łączącą się z agrafią i aleksyą. Wprawdzie i dotychczas nie brakuje badań pośmiertnych, stwierdzających do pewnego stopnia słuszność podanego wyżej zapatrywania na różnego rodzaju postaci niemoty ruchowej, ponieważ jednak nie we wszystkich przypadkach zwracano uwagę na umiejscowienie zmiany oraz zachowanie się czytania i pisanie przy utracie mowy samodzielnej, ostateczne więc wyświeetlenie całej tej sprawy zależeć będzie od ścisłych w tym kierunku spostrzeżeń klinicznych, jak również badań pośmiertnych dokładnie określających zmiany przy różnego rodzaju niemocie ruchowej.

(D. n.).

WYKŁADY KLINICZNE.

DELORME i MIGNON.

O nakłóciu i cięciu osierdzia.

Podał A. LEŚNIEWSKI.

Pierwszy RIOLAN w roku 1646 zaproponował przecinanie osierdzia. DESAULT a następnie LARREY na początku stulecia bieżącego robili próby wprowadzenia tegoż w życie, lecz dla braku podówczas ścisłego rozpoznania cierpień samego narządu pozostały one bez szczególnego powodzenia. Chirurg hiszpański ROMERO miał pod tym względem daleko lepsze wyniki, lecz, niestety, nie zdołał on wzbudzić zaufania; jego sposób operowania pozostał niewiadomy, imię jego uległo zapomnieniu. Gdy przed 50 laty SCHUH zrobił nakłócie worka osierdziowego zapomocą trójgrańca, cięcie zostało zupełnie zarzucone.

Z biegiem czasu tu i owdzie zwrócono jednak uwagę na ciężkie niespodzianki, które przytrafiały się przy nakłóciu. BAIZEAU podjął się naukowego wysświetlenia tej sprawy i wykazał, że wina w owych przypadkach ciążyła na operatorach, którzy dokonywali zabiegu bez znajomości stosunków anatomicznych danej okolicy ciała, i radził nie kierować się stopieniem odgłosu wypukowego i odległością tonów sercowych, lecz przedewszystkiem przytrzymywać się brzegu mostka. Uwagi owe nie miały przecież posłuchu.

Autorowie niniejszej pracy również pod wpływem pewnego nieszczęśliwego przypadku uznali za konieczne poddać krytycznej ocenie zasady zabiegów dotychczas na osierdziu dokonywanych i w tym właśnie celu podjęte poszukiwania bibliograficzne oraz badania anatomiczne dokonane na trupach stanowią treść niniejszej rozprawy, której rozdział pierwszy zawiera:

I. Wskazania do nakłócia i cięcia osierdzia.

Zapalenie wysiękowe osierdzia pod względem rozpoznawczym odróżniać należy jedynie od takiej samej sprawy chorobowej opłucny, od guza śródpiersia, wreszcie od rozstrzeni serca.

Niemожność odróżnienia wysięku opłucny od wysięku osierdzia, niekiedy spostrzegana, jest rzeczą małej wagi pod względem praktycznym, obiedwie bowiem sprawy chorobowe wymagają tego samego zabiegu operacyjnego. W przypadku guza śródpiersia przebieg choroby znakomicie różni się od przebiegu cierpienia przy gromadzeniu się wysięku w osierdziu; dodać należy, że zanim guz wrośnie między mostek i serce o tyle, by mógł być za wypełniony cieczą worek osierdziowy przyjęty, ma on dość czasu powodować inne ciężkie objawy uciskowe. Przy rozstrzeni serca postać stopienia odgłosu wypukowego zupełnie jest inna, niż przy wysięku osierdzia; następnie przy pierwszej sprawie stale dają się wysłuchiwać tony serca oraz lekki, nader słaby, powierzchowny podmuch (*bruit de souffle*).

Wysięki do jamy osierdziowej powstają w większości przypadków jako objaw wtórny zakażenia ogólnego, na przykład w przebiegu gruźlicy, posocznico-ropnicy i t. d. Stąd powstał zarzut, że zabiegi na osierdziu dokonywane, usuwają zazwyczaj nie chorobę, lecz jeden z objawów tejże; jednak robiący ów zarzut nie wahają się przystępować do opróżnienia otrzewny lub opłucny od wysięku nagromadzonego w tych samych warunkach. Przecież usuwając objaw, zagrażający życiu chorego, dajemy temu ostatniemu możność zwalczania cierpienia podstawowego,

Kiedy w przebiegu sprawy zapalnej osierdzia wtrącenie się chirurga należy uważać za niezbędne? Serce, jak wiadomo, jest narządem bardzo cierpliwym i z łatwością znoszącym stopniowo wzrastające ciśnienie, osierdzie zaś, czy to samoistnie, czy pod wpływem leków, przestając wydzielać wysięk, jest w stanie również dobrze napowrót go wessać. Otóż wówczas dopiero staje się chirurg koniecznym, gdy granice wytrzymałości serca zostały przekroczone i gdy zaczynają występować objawy niedomogi serca. Anatomicznie rzecz biorąc, mamy wtedy niezmiernie obfity wysięk, serce pokryte grubą warstwą błon wrzekomych, włókna zaś mięsne uległe zwyrodnieniu tłuszczowemu.

Przekroczenie wytrzymałości serca uzewnętrznia się objawami następującymi.

Stale spostrzega się duszność; oddech staje się przyspieszony, słaby, powierzchowny; liczba oddechów wzrasta od 40—50 na minutę. Chory siedzi oparty o poduszki, leżenie bowiem jest dla niego niemożliwe. Zjawia się sinica; powierzchowne żyły zarysowują się na szyi i rękach nader wyraźnie. Tętno bardzo przyspieszone (120—150 na minutę) jest nierówne, małe, nieprawidłowe. Chory skarży się na ból wędrujący po całej klatce piersiowej. Ucisk wywierany na lewe międzyżebra, na nadbrzusze oraz na część szyjową nerwu błędnego powoduje również ból dotkliwy. Okolica sercowa szczególnie u dzieci jest mocno wydatna, a skóra bywa tu niekiedy w stanie znacznego obrzęku. Wypukiwanie klatki piersiowej wykazuje stępienie odgłosu wypukowego na przestrzeni 15—16 cm. w kierunku pionowym, zaś 18—20 w kierunku poprzecznym. Granice tępości stanowią trójkąt z podstawą skierowaną ku dołowi i odpowiadającą swem położeniem chrząstce 7-go żebra, ku górze zaś sięga on 2-go żebra a nawet i obojczyka. W kierunku poprzecznym szerzy się na 1—3 palce poprzeczne nazewnątrż od prawego brzegu mostka, a na lewo dochodzi do przedniej linii pod pachowej; wymiary poprzeczne powiększają się w siedzącym położeniu chorego. Przepona i trzewia brzuszne zepchnięte są ku dołowi. Uderzenia serca nie wyczuwa się przy obmacywaniu; tony serca są bardzo głuche i oddalone od wysłuchującego je ucha. Wskutek ucisku wywieranego przez rozciągnięte wysiękiem osierdzie zjawia się przeszkoda przy połykaniu. Ogólny stan chorego jest nader ciężki; cechuje go przygnębienie, niepokój, często wysoka gorączka.

Stopniowo zjawiają się zaburzenia ze strony płuc i opłucny. Dolne części płuc ulegają uciskowi ze strony rozciągniętego osierdzia; wysłuchuje się wówczas wzmoczenie szmeru oddechowego. Wskutek zaburzenia w krwiobiegu występuje następnie przekrwienie zastoinowe dolnych odcinków płuc, a lewa dolna zatoka opłucnej poczyną wypełniać się płynem. Jako jeszcze dalsze następstwa zakłócenia krwiobiegu zjawia się obrzęk tkanki płucnej, wolny płyn surowiczy w jamach opłucnowych, otrzewnie, w luźnej tkance podskórnej, poczynając od kończyn dolnych. Duszność zamienia się na duszenie się. Odżywianie ogólne coraz bardziej podupada, wreszcie chory umiera wśród objawów wyczerpania ogólnego.

Otóż mocna duszność, tętno niemiarowe i przyspieszone, rozległa tępość osierdzia, osłabione tony serca są to objawy już bezwarunkowo wymagające zabiegu, niezależnie od tego, czy cierpienie jest ostre, czy przewlekłe.

Czy wskazania do operacji zależą od rodzaju wysięku? Zdaniem autorów tylko stopień niebezpieczeństwa objawów rozstrzyga o przedsięwzięciu zabiegu; rodzaj zaś wysięku co najwyżej pomaga do określenia rodzaju przedsięwziętego reżymu. Zresztą niema stałych danych klinicznych, które przed rozpoczęciem cięcia lub nakłócia pozwalałyby wnioskować o rodzaju wysięku; zawodzi nawet najbardziej pewny objaw wyższy stopień ciepłoty ciała przy zapaleniu ropnem, niż

przy surowiczem. Przytaczają autorzy dla przykładu przypadek zakończony pomyślnie, w którym ciepłota ciała dochodziła do 40^o, powłoki okolicy serca były w stanie mocnego obrzęku, ogólny stan tyfusowy. Przy nakłóciu otrzymano ciecz surowiczą, przezroczystą, bez domieszki ciałek krwi białych lub czerwonych. I odwrotnie przy badaniu zwłok chorego, przedstawiającego za życia kliniczny obraz zwyczajnej rozstrzeni serca, znaleziono w jamie osierdzia litr płynu surowiczoro-pnego.

Po dojściu do przekonania o konieczności przedsięwzięcia operacji na osierdzu pozostaje rozstrzygnąć, czy nakłócić, czy też cięcia dokonać należy?

Autorowie odpowiadają na to w sposób następujący: 1) zaczynać zawsze należy od nakłócia; otrzymując płyn surowiczy lub surowiczokrwawy, poprzestajemy na tym zabiegu; 2) po wyciągnięciu wysięku ropnego niezwłocznie przystępujemy do cięcia. Wyjątek z zasady 1-ej stanowi wątpliwość rozpoznania oraz przypuszczalny przyrost mięśnia sercowego do przedniej ściany osierdzia *resp.* do ściany klatki piersiowej; w przypadkach tych łatwiej jest prowadzić cięcie, dające się kontrolować wzrokiem.

Jeżeli po dokonaniu nakłócia wysięk nanowo gromadzi się w jamie osierdzia, czy należy przedsiębrać zabieg ten po raz wtóry, trzeci i t. d., czy od razu przystąpić do cięcia?

Dla rozstrzygnięcia tego pytania przytaczają autorzy następujące rozumowania. Po opróżnieniu opłucny od wysięku płuco stara się zbliżyć do ściany klatki piersiowej; odwrotnie dzieje się po wypuszczeniu płynu z osierdzia; mięsień sercowy pozostaje na swem miejscu, a torba osierdziowa, kurcząc się, musi zbliżyć się do niego. Im dłużej ulega osierdzie rozciągnięciu przez wysięk, im bardziej obfity jest ten ostatni, tem trudniejszy jest powrót owego narządu do stanu prawidłowego. Wówczas pomiędzy sercem i osierdziem pozostaje na stałe wolna przestrzeń, z łatwością wypełniająca się powtórnie płynem. Jeżeli znów po dokonaniem nakłócia przedni listek osierdzia zdążył zbliżyć się do serca, może tu powstać zrost; gdy wówczas gromadzi się wysięk nanowo, przy przedsięwziętem nakłóciu powtórnem z łatwością można zadać ranę mięśniowi sercowemu.

Wreszcie z 20-tu przypadków, w których uciekano się do powtórnego nakłócia osierdzia, 18 zakończyło się śmiertelnie; z pomiędzy zaś 15 chorych, którym po pierwszym nakłóciu robiono następnie cięcie osierdzia, wyzdrowiało 14.

Stanowczo tedy doradzają autorzy przedsiębrać cięcie worka osierdziowego, jeżeli po opróżnieniu tegoż przez nakłócie, stwierdzamy gromadzenie się płynu nanowo.

II. Anatomia topograficzna okolicy osierdziowej.

Okolica ta ze strony lewej jest ograniczona przez linię, która zaczyna się kilka milimetrów nazewnątrż od lewego stawu mostko-obojczykowego, dosięga 6 międzyżebra na odległości 8—10 centymetrów od brzegu mostka, stąd zaś biegnie do dolnego brzegu klatki piersiowej, w miejscu, gdzie tenże utworzony przez chrząstki 7 i 8 żebra, ostro zaginając się na prawo, dobiega na odległość 2—3 cm. od prawego brzegu mostka.

W granicach tych zwracają na się uwagę wklęsnięcie, odpowiadające mostkowi, ograniczone przez wygórowane chrząstki 4 i 5 żeber; wzgórek poprzeczny na miejscu połączenia rąkojeści mostka z trzonem tegoż oraz tego ostatniego z wyrostkiem mieczykowatym; pierwszy z nich odpowiada stawom 1 i 2 chrząstki żebrowej; dodać należy wklęsnięcie mostko - obojczykowe i wydatność mięśnia piersiowego dużego.

Warstwy leżące przed osierdziem są następujące: 1) skóra i tkanka podskórna luźna; 2) mięsień piersiowy duży i przyczepy mięśnia prostego brzucha; 3) mostek, żebra i chrząstki tychże, mięśnie międzyżebrowe wewnętrzne ze swemi powięziami (*aponévroses*); 4) mięsień trójkątny mostka i naczynia sutkowe; 5) opłucna prawa i lewa; 6) tkanka śródpiersia luźna.

Przystępując do opisu każdej z wymienionych warstw poszczególnie, zaznaczyć wypada, że pierwsza z tychże nie zasługuje, by na niej dłużej zatrzymywać uwagę.

2) Mięsień piersiowy duży przyczepia się do przedniej powierzchni mostka na przestrzeni od stawu mostko-obojczykowego do chrząstki 7 lub 8 żebra, pokrywa prawie całą daną okolice, nie przyczepiając się jednak do chrząstek żebrowych. Początki mięśnia prostego brzucha pokrywają przednią powierzchnię chrząstek 5, 6 i 7 żebier na przestrzeni 3 poprzecznych palców. Powieź jednego z tych mięśni bezpośrednio przechodzi w powieź drugiego.

3) Długość mostka od wcięcia tegoż (*jugulum sterni*) do miejsca przyczepu wyrostka mieczkowatego równa się w przecięciu 16 cm. Rękojeść w kształcie trójkąta z podstawą u góry, ze ściętym wierzchołkiem, na miejscu ścięcia, które jest zarazem najwęższym miejscem mostka, ma 2—3 cm. szerokości. Trzon na wysokości 2—4 chrząstek jest szeroki 3—3½ cm., zaś na miejscu przyczepu 5 i 6 chrząstek 3½—4 cm. Gdyby więc zachodziła trudność w wymacaniu brzegu mostka, pamiętać należy, iż szukać go musimy na 1½, a najwyżej na 2 cm. od pośrodkowej linii ciała. Grubość trzonu od 2—4 chrząstki wynosi 5—7 milimetrów, a poczynając od 5-ej chrząstki zyskuje on jeszcze na grubości kilka milimetrów. Okostna tylnej powierzchni mostka jest gruba na 1 mm. i przy trepanacji tegoż służy za ochronę dla śródpiersia.

Pierwsza chrząstka żebrowa stanowi przedłużenie zewnętrznego brzegu rękojeści mostka skośnie ku górze i całkowicie chowa się pod obojczykiem. Druga, już wydatna, idzie prawie poprzecznie, trzecia zaś i czwarta przebiegają w zupełnie poprzecznym kierunku. Zaczynając od chrząstki 5-go żebra, kierunek staje się coraz bardziej skośnym ku dołowi. Kształt międzyżebry zależy od kierunku ograniczających je chrząstek. Należy zaznaczyć, że 6-a chrząstka łączy się z siódmą zapomocą mostka chrzęstnego na przestrzeni 3 cm.; rzadziej spotyka się taki mostek między 5-a i 6-a chrząstką, szeroki na 1 cm. i w odległości 3 cm. od brzegu mostka. Dlatego właśnie 6-a chrząstka zawsze, a 5 czasami, po oddzieleniu od mostka pozostaje w łączności z resztą szkieletu żebrowego. Wysokość międzyżebry na miejscu stawów chrzęstno-żebrowych równa się 1½—2 cm.; inaczej jednak przedstawia się ona w pobliżu mostka. Pierwsze międzyżebro ma tu 5—6 mm. wysokości, 2 i 3-ie ograniczone przez poziomo przebiegające chrząstki są jednakowo wysokie koło mostka, jak i koło stawów chrzęstno-żebrowych i byłyby najdogodniejsze do wszelkich zabiegów na osierdziu, gdyby nie nader bliski stosunek do opłucnej. Wysokość 4-go międzyżebra wynosi 6—10 milimetrów, piątego zaś wskutek nader skośnego przebiegu 5-ej i 6-ej chrząstki osiąga zaledwie 2—4 mm.; nie należy więc tu prowadzić cięcia, a robiąc nakłócie wypadnie użyć tylko cienkiego trójgrańca, nie zapominając przytem o często napotykanym chrzęstnym mostku między owemi żebrami. Wreszcie 6-e międzyżebro będąc jak i poprzednie wysokie na 1½—2 cm. na miejscu stawów chrzęstno-żebrowych, zwęża się stopniowo w kierunku ku mostkowi i na odległości 5—6 cm. od tego ostatniego staje się prawie linijnem, tak iż zaledwie cienką igłę można tedy wprowadzić. Gdyby nie ten wzgląd, przestrzeń owa byłaby najlepszym miejscem do zabiegów na osierdziu, a to dla głębiej położonych stosunków,

Stawy chrzęstno-mostkowe 2, 3 i 4 mają kierunek pionowy, 5 zaś i 6 skośny od góry ku dołowi i od zewnątrz ku wewnątrz i są utworzone przez trójkątne wcięcia w brzegu mostka i odpowiednie zakończenie chrząstek żebrowych. Należy o tem pamiętać przy wyłuszczeniu chrząstek z ich stawów mostkowych.

Ochrzęstna owych chrząstek, będąc nader mocno przyrośnięta do przedniej i bocznych powierzchni tychże, z wielką łatwością daje się oddzielić od powierzchni tylnej i pozostaje wówczas w połączeniu z opłucną i trójkątnym mięśniem mostka. Chrząstki żebrowe są nader łamliwe, lecz przy krajaniu rana nie szerzy się poza granice działania nożem.

Międzyżebra w danej okolicy są wypełnione przez mięśnie międzyżebrowe wewnętrzne o włóknach skośnie od góry i od wewnątrz ku dołowi i na zewnątrz przebiegających. Mięśnie te są pokryte od przodu i od tyłu powięziami, z których tylna jest bardzo gruba i oddziela mięśnie od opłucny i od trójkątnego mięśnia mostka. Tuż obok brzegu mostkowego przedstawiają międzyżebra wąziutkie wolne przestrzenie, wypełnione małymi gruczołami (*petits ganglions*) oraz tkanką tłuszczową, pozostającą w łączności z taką tkanką otaczającą naczynia sutkowe.

4) Mięsień trójkątny mostka zaczyna się na chrząstce 1-go lub 2-go żebra, zapomocą zaś delikatnego włóknistego rozścięga przyczepia się następnie do tylnej powierzchni 4-go—7-go stawów chrzęstno-żebrowych; wewnętrzne jego przyczepy odpowiadają tylnej powierzchni stawów chrzęstno-mostkowych tudzież brzegowi wyrostka mieczykowatego. Fizyologiczna rola mięśnia omawianego jest nader blaha; natomiast, ochraniając opłucną, jest on bardzo ważny pod względem chirurgicznym: oddzielając przyczep jego od mostka, można dotrzeć do brzegu opłucny, nie kalecząc tejże.

Naczynia sutkowe leżą pomiędzy tylną powięzią mięśni międzyżebrowych i tylną ochrzęstną z jednej strony, a mięśniem trójkątnym mostka z drugiej, spoczywając na tym ostatnim. Pęczek naczyniowy składa się z 1-ej tętnicy, nieraz swą grubością promieniową przypominającej i 2 okalających ją żył. Będąc gałęzią tętnicy podobojczykowej, wkracza tętnica sutkowa w omawianą okolicę nad 1-em żebrzem i przebiega równolegle do brzegu mostkowego, dając gałęzie wewnętrzne, grubsze u góry niż u dołu i zewnętrzne, które są przeciwnie coraz większe ku dołowi. Te ostatnie w liczbie 2 na każde międzyżebro łączą się z tętnicami międzyżebrowymi pochodzącymi z aorty i posyłają gałązki w powierzchowną warstwę mięśniową. Ostatecznie dzieli się tętnica sutkowa na gałąź zewnętrzną, piersiową, która kieruje się ku dołowi i nazewnątrz poza chrząstki i na wewnętrzną, przebiegającą dalej w kierunku tętnicy głównej między tylną powierzchnią mięśnia prostego brzucha i przednią mięśnia poprzecznego, na połączeniu zewnętrznej $\frac{1}{3}$ części z $\frac{2}{3}$ częściami wewnętrznymi tej odległości, jaka istnieje między wyrostkiem mieczykowatym i łukiem żebrowym.

5) Lewa opłucna bardziej szerzy się ku przodowi i w rozleglejszym pozostaje stosunku z mostkiem, niż prawa. Po wysłaniu tylnej powierzchni szkieletu żebrowego tudzież chrzęstnego, do którego przystaje nader mocno, szerzy się ona dalej ku wewnątrz, oddzielona od klatki piersiowej mięśniem trójkątnym mostka i tylko tam, gdzie szczeliny między włóknami rozciąga owego mięśnia na to zezwalają, zbliża się i przyrasta do kości. W pobliżu lewego brzegu, mostka lub nawet koło tylnej powierzchni tegoż zaczyna ona zawijać się, zbliżając się, tu i owdzie, nawet dotykając prawej opłucny, następnie dość ostro zawraca na zewnątrz i pokrywa przednią powierzchnię przedniej ściany osierdzia na znacznej przestrzeni; dodać należy, że zachowuje przy tem swoją ciągłość, grubość i jest o tyle mocna, że może być od osierdzia w postaci cienkiej błonki oddzielona.

W ten sposób powstaje w pewnych miejscach przed osierdziem ślepy worek (*cul-de-sac*) z lewej opłucny, najczęściej przez płuco niezajęty. Granice brzegu opłucny z powodu mocnego przyrostu tejże do mięśnia trójkątnego mostka oraz tu i owdzie do kości są stałe i nie zmieniają swego położenia nawet przy najbardziej wypełnionym wysiękiem osierdzu. Dokładne więc określenie położenia owego brzegu jest rzeczą znaczenia pierwszorzędowego. Z badań przez autorów na 32 trupach podjętych widać, że: *a*) na wysokości 1-go stawu chrzęstno - mostkowego brzeg opłucny przekracza lewy brzeg mostka na 2—35 milimetrów; *b*) na wysokości 1-go międzyżebra leży on ku wewnątrz od owego brzegu mostka; *c*) na miejscu 2-go stawu spostrzegano to samo; *d*) na wysokości 2-go międzyżebra jeszcze 26 razy z 32 leżał on ku wewnątrz; *e*) i *f*) na wysokości 3-ej chrząstki oraz 3-go międzyżebra spostrzegano to 25 razy; *g*) na czwartym żebrowym przekraczał on lub dochodził do brzegu mostka; *h*) w 4-em międzyżebrowym miało to miejsce już tylko 17 razy; *i*) na wysokości piątego żebra już 17 razy na 32 był on zdaleka od brzegu mostka na odległości kilku do 60 mm.; *j*) w piątym międzyżebrowym zaledwie w 12 przypadkach dotykał on brzegu mostka; *k*) w międzyżebrowym zaś 6-m 26 razy był on zdaleka od tegoż brzegu.

Uogólniając dane powyższe, w następujący sposób określają autorzy przebieg brzegu lewej opłucny. Na całej przestrzeni rękojeści i na trzonie do wysokości 3-ej chrząstki zachodzi on mniej lub bardziej za brzeg mostka; stąd skośnie biegnie do 4-go międzyżebra na odległości 5—8 milimetrów od mostka, piątą chrząstkę przecina na odległości 1 cm. od stawu mostkowego tejże, a szóstą na 2 — 2½ cm. od odpowiedniego stawu, linią zaś część szóstego międzyżebra krzyżuje przez środek i wreszcie opiera się o górny brzeg lub połowę wysokości siódmej chrząstki. Z powiedzianego łatwo wnioskować, że niebezpiecznie jest przedsięwziąć zabiegi w pierwszych 4 międzyżebrowych; niebezpieczeństwo to dotyczy piątego międzyżebra w ⅓ przypadków; robiąc zaś nakłucie w szóstym międzyżebrowym, musimy kierować narzędzia mocno do wewnątrz.

Brzeg obnażony opłucny przedstawia się w postaci różowego, gładkiego zgrubienia; w większości przypadków, szczególnie u osób otyłych, ów brzeg otoczony bywa tkanką tłuszczową i z tego powodu ma wygląd zaokrąglonego wałka, grubego prawie na 1 cm. i bardziej twardego niż sąsiednia tkanka tłuszczowa śródpiersia.

Opłucna prawa przebiega bardziej prawidłowo. Po za mostkiem dosięga chrząstki 4-go żebra; tu rozstaje się z biegiem mostka i w postaci zaokrąglonej krzywej linii zdąża ku górnemu brzegowi siódmej chrząstki, przecinając pośrodku linią część 6-go międzyżebra.

Zdrowa opłucna jest zupełnie przezroczysta, tak iż przez nią wyraźnie przeświecają leżące pod nią tkanki.

6) Przez niezupełne zetknięcie się worków opłucnowych w okolicy chrzęstno-mostkowej powstaje przestrzeń, nosząca nazwę śródpiersia przedniego. Przedstawia się ona w postaci 2 trójkątów, stykających się wierzchołkami; górny wypełniony jest przez grasicę, dolny przez tkankę tłuszczową nader delikatną. Podstawa dolnego trójkąta wynosi 6—8 cm., wierzchołek, który leży za mostkiem dosięga 3-ej chrząstki żebrowej, a ściany boczne odpowiadają przebiegowi jednej i drugiej opłucny w okolicy rzeczonyj.

Worek osierdziowy ma kształt gruszki, grubym końcem spoczywającej na przeponie. Rozróżniamy w nim podstawę, dwie powierzchnie i wierzchołek. Podstawa, położona skośnie od góry ku dołowi i od strony prawej ku lewej, odpowiada miejscu połączenia się trzonu z wyrostkiem mieczykowatym i 7-m stawem

chrzęstno-mostkowym; na prawo dochodzi ona do 5-go, rzadziej 6-go międzyżebrza na odległość 1—2 cm. od brzegu mostka, na lewo zaś na odległość 6—8 cm. Brzeg prawy chowa się poza mostkiem na wysokości 2-ej chrząstki, lewy zaś od lewego końca podstawy idzie do lewego stawu mostko - obojczykowego. Wierchołek osierdzia leży na wysokości 1-go międzyżebrza. Osierdzie przyczepia się do przepony w pewnej odległości od tylnej powierzchni mostka; odległość ta zwiększa się przy oddalaniu się od linii środkowej ciała: koło stawów chrzęstno-mostkowych wynosi ona 1 cm., a na miejscu lewego końca podstawy osierdzia 5—7 cm. Przestrzeń ta jest zajęta po części przez płuco.

Pomiędzy podstawą serca a osierdziem znajduje się wolna przestrzeń, ograniczona od przodu przez poziomą ścianę osierdzia, od tyłu przez skośną powierzchnię przepony, u góry zaś przez podstawę serca. W stanie prawidłowym przyczep przeponowy osierdzia oddziela się od serca przestrzenią 1—2 cm., w stanie chorobowym przestrzeń ta zwiększa się jeszcze wskutek odchylenia się dolnego brzegu serca ku górze i ku tyłowi; tu więc można wejść narzędziem nie dotykając serca, tu należy zakładać sączki po przecięciu osierdzia. W innych miejscach jest ono mocno przyklejone do serca lub oddzielone od niego tylko cienką warstewką płynu. Osierdzie wygląda jako błonka matowo - biała, grubości mniej więcej 1 mm.; jest ono mocno unaczynione. Naczynia osierdziowe dość grube, odchodzą od naczyń przeponowych i wchodzą w osierdzie dokoła przyczepu tegoż do przepony.

Całą przednią część serca, najbardziej dostępną od przodu, najwięcej zatem narażoną na niebezpieczeństwo przy rękoczynach na osierdziu stanowi komora prawa, w mniejszym stopniu prawe uszko, które jest cofnięte ku górze i ku tyłowi. Podstawa serca odpowiada międzyżebrzu drugiemu lub górnemu brzegowi 3-ej chrząstki, wierchołek zaś 5-ej chrząstce na miejscu połączenia z żebrzem; prawy brzeg owego narządu leży na 2 cm. od lewego brzegu mostka, lewy na 2 cm nie dochodzi do sutki. Wielkie naczynia wychodzą z serca na wysokości dolnego brzegu 2-ej chrząstki.

(C. d. n.).

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

74. M. LAEHR. **Różniczkowe rozpoznanie trądu i syryngomyelii.** Od czasu kiedy wraz z ułatwieniem stosunków międzynarodowych możliwość rozpoznawania się trądu wzrosła i kiedy przypadki trądu zaczęły się pojawiać nawet w krajach, które dotąd uważano za niedostępne dla tej choroby, należyte rozpoznawanie trądu stało się sprawą coraz bardziej ważną. O ile jednak *lepra tuberosa* trudności w tym względzie nie przedstawia, nie można tego powiedzieć o *lepra maculo-anaesthetica* lub *nervosa* ze względu na podobieństwo do niektórych cierpień nerwowych, a przede wszystkim do choroby MORVAN'a i syryngomyelii. Lecz cierpienie, w którym MORVAN widział samodzielną jednostkę chorobową (*paréso-analgesie à panaris des extrémités supérieures*), jest w pewnej liczbie przypadków identyczne z syryngomyelią, w innych zaś stanowi nierozpoznaną postać trądu nerwowego. Pomimo wielu cech podobnych istnieją jednak różnice, które pozwalają odróżnić trąd od syryngomyelii.

Naprzód co do etyologii i sprawy anatomicznej. Trąd jest chorobą zakaźną, zależną od swoistego lasecznika HANSEN'a. Jako czynniki sprzyjające powstawaniu

choroby, wymienić należy: obarczenie dziedziczne, niehigieniczne warunki życiowe, nieczystość, pożywienie jednostajne, wreszcie warunki klimatyczne. Zmiany anatomiczne polegają na swoistem cierpieniu skóry i nerwów obwodowych; przyczem zmiany te są najwybitniejsze w odcinkach nerwów obwodowych, które leżą dalej od rdzenia. Zmiany w rdzeniu znajdowano wyjątkowo rzadko i to jako zjawiska wtórne. Inaczej rzecz się ma z syringomyelią. Punktem wyjścia są tu pierwotne zmiany w rdzeniu, rozmiękczenie tkanki mózgowej, prowadzące do tworzenia się jam. Za momenty przyczynowe uważać należy z jednej strony zaburzenia w rozwoju układu nerwowego, z drugiej zaś uraz, stan zapalny i niedokrewność rdzenia. Pod względem rozpoznania różniczkowego ważne jest, iż w każdym razie cierpienie to nie jest dziedziczne, ani zakaźne i że pierwotne zmiany występują w częściach ośrodkowych układu nerwowego.

Wobec tak zasadniczych różnic anatomicznych obu chorób, zdawałoby się, że błędy rozpoznawcze nie powinnyby mieć miejsca. Lecz wątpliwości rozpoznawcze nasuwa nie trąd z wyraźnymi zmianami skórnymi (*lepra tuberosa*), a te przypadki, w których objawy skórne są na drugim planie, na pierwszy zaś występują objawy nerwowe. Ma to miejsce zwykle w początkowych okresach choroby, co zresztą może się ciągnąć całe lata. Później jedna postać przechodzi w drugą (*tuberosa* i *nerwosa*), przez co rozpoznanie się ułatwia. Nerwowa jednak postać kończy się uzdrowieniem albo czasowem powstrzymaniem rozwoju choroby, gdy w syringomyelii śmierć stanowi fatalne zejście. Przebieg obu chorób powolny, początek często dla chorego prawie niedostrzegalny. W trądzie jednak objawy początkowe występują wcześniej, a nawet niekiedy zjawiają się pewne zwiastuny w postaci bólów głowy, ogólnego osłabienia, nieokreślonych parestezyi, nerwobólów, czego nie spotykamy przy syringomyelii. Dotychczas za jedną z ważnych cech różniczkowych uważano pochodzenie chorego z miejscowości, gdzie trąd się zdarza lub nie. Obecnie jednak cecha ta nie jest pewna. To samo powiedzieć należy o wartości rozpoznawczej, jaką mogłyby mieć laseczники HANSEN'a, ponieważ w postaci nerwowej trądu laseczники mogą zniknąć, pozostawiając ślady swej działalności w postaci blizn. Najważniejszą rzeczą jest rozbiór dokładny objawów klinicznych.

Istotę obu chorób stanowią trzy objawy: ograniczone znieczulenia, zanik mięśni i zaburzenia (odżywcze i naczynioruchowe) w skórze, kościach i stawach, co prowadzi do rozmaitych zniekształceń kończyn. Różnice w obu cierpieniach polegają na rozmaitem umiejscowieniu objawów. W trądzie pierwsze objawy występują na tułowie, twarzy, kończynach (zwykle naprzód dolnych albo jednocześnie dolnych i górnych). Tak obszernego umiejscowienia nie znajdujemy przy syringomyelii. Tu punktem wyjścia są określone części rdzenia, a najczęściej odcinki szyjowo-grzbietowe. Odpowiednio do tego pierwsze objawy występują w kończynach górnych, dolne przez długi czas są wolne; jeżeli zaś naprzód zostały dotknięte kończyny dolne, to w górnych objawy występują po długim czasie. Twarz zwykle bywa niezajęta, chyba w późniejszych okresach. W obu chorobach spotykamy najrozmaitsze zmiany na skórze, paznogiach, powięziach, kościach i stawach, zwłaszcza na rękach i stopach (niedokrwistość, przekrwienie, zanik, przerost, stany zapalne).

Lecz i tu w szczegółach znajdujemy różnice: zmiany na twarzy, zwłaszcza wypadanie włosów i rzęs, przemawiają za trądem. To samo powiedzieć należy o licznie rozrzuconych plamach zabarwionych lub częściowo niezabarwionych, w których bardzo wczesnie można zauważyć nadczułość, a później wkrótce znieczulenie (*lepra maculosa s. anaesthetica*). W przebiegu trądu często zjawiają się z nawrotami bolesne obrzmienia stawów, które stopniowo prowadzą do zniekształceń,

Wprawdzie przy syringomyelii bywają cierpienia stawów, lecz podobnie jak przy wrodzonym rdzeniu cechują się zupełną bezbolesnością. W obu cierpieniach znajdujemy zniekształcenia kończyn (palców), liczne zastrzały, samoistny zanik kości (ostatni objaw częściej przy trądzie). Wreszcie w trądzie w dotkniętych okolicach skóry zwykle bywa zmniejszone wydzielanie potu (*anhidrosis*), gdy przy syringomyelii jest ono wzmożone (*hyperhidrosis*).

Zanik mięśni w obu chorobach różnic zasadniczych nie przedstawia. Zaznaczyć jednak należy pewne szczegóły. Zanik mięśni, obejmujący obszerną okolicę, a zwłaszcza wyraźne drżenia włókienkowe stanowczo przemawiają za cierpieniem ośrodków (syringomyelia). Zanik mięśni przy trądzie obejmuje zwykle małe mięśnie ręki i stopy, rzadziej części obwodowe przedramienia i goleni; przy syringomyelii zanik może się zaczynać i w bardziej dośrodkowych okolicach (np. postać barko-łopatkowa). Zanik mięśni w trądzie zwykle przypada na okolice znieczulone, w syringomyelii, przeciwnie, dość często zdarza się postać skrzyżowana. W trądzie dość wcześnie występuje zanik mięśni pojedynczych, unerwionych przez nerw twarzowy (*m. orbic. oculi*, skutkiem czego następują rozległe owrzodzenia oczu, łzawienie). Cierpienie twarzy przy syringomyelii jest niezmiernie rzadkie i występuje jako objaw późniejszy, zależny od cierpienia jądra nerwu twarzowego, czemu towarzyszą zwykle wyraźne objawy opuszkowe (zaburzenia w mowie i łykaniu). Jeżeli ostatnie objawy spotykają się w trądzie, to są one pochodzenia miejscowego w zależności od stanu zapalnego błony śluzowej jamy ustnej i gardzieli.

Co się tyczy zaburzeń czucia, to już dawniej zwrócono uwagę, iż w trądzie obok zniesienia czucia bólu i ciepłoty istnieje utrata czucia dotyku, gdy w syringomyelii mamy tak zwane częściowe porażenie czucia, to jest zniesienie tylko czucia bólu i ciepłoty. Prawidłó to jednak nie jest bez wyjątku. Pomocniczą wartość mogą mieć uwagi następujące. W trądzie spotykamy na całym ciele rozrzucone wysepki różnej postaci i wielkości, przypominające na kończynach kształt rękawiczki lub pończochy (pas znieczulenia kończy się prostopadle do osi podłużnej kończyny, mniej więcej jak w histeryi). Inaczej się umiejscawia znieczulenie w syringomyelii. Na tułowie bywają obszerne smugi opasujące, a na kończynach pasy wzdłuż osi podłużnej. Pamiętać należy, że tu zaburzenia czuciowe zależą od cierpienia określonego odcinka rdzenia, gdy w trądzie przyczynę stanowi miejscowe cierpienie skóry albo też nerwów obwodowych.

W późniejszych okresach choroby rozpoznanie jest już łatwiejsze. Dla syringomyelii charakterystyczne jest skrzywienie kręgosłupa (zwykle *kyphoscoliosis*), zaburzenia pęcherza, kiszek prostych, objawy spastyczne w kończynach dolnych (przy postaci szyjowo-grzbietowej, a brak ich w rzadkiej postaci lędźwiowo-krzyżowej). W trądzie odruchy ścięgniste bywają prawidłowe lub osłabione, nigdy wzmożone. Nawet we wczesnych okresach znajdujemy wrzecionowate zgrubienia nerwów (zwłaszcza *nn. peron. et ulnar.*). Pnie nerwowe są wogóle na ucisk bolesne, gdy w syringomyelii ucisk bólu nie wywołuje. Wreszcie w trądzie gruczoły obrzmiewają, co w syringomyelii zdarza się tylko w razie obszernego zapalenia ropnego tkanki podskórnej.

Wogóle więc znajdujemy w obu chorobach dosyć różnic w szczegółach, co przy dokładnem zbadaniu przypadku pozwala odróżnić trąd od syringomyelii.

(Berl. Klin. Wochenschr. N. 3. 1897).

W. Męczkowski.

75. POSPISCHILL. **Dławiec paciorkowcowy tchawicy przy septycznej postaci płonicy.** Wszyscy prawie autorowie zgadzają się na pewną skłonność „płonicobłonicy“ do zstępowania z gardzieli na krtań i tchawicę. HENOCH opisał 8 po-

dobnych przypadków: w jednym z nich przy badaniu pośmiertnem zwłok znaleziono małe oskrzela wysłane błonami wrzekomemi; w tym samym przypadku i w 6-ciu innych znaleziono krtani w stanie zapalenia błoniczego, które jednak nie przekraczało strun głosowych prawdziwych, wreszcie w jednym przypadku przez rurkę tracheotomijną wyszły całe płaty błon wrzekomych. Tchawica w żadnym przypadku nie była zajęta. Za życia stwierdzano we wszystkich przypadkach chrypkę lub bezgłos (*aphonia*), a w większości—duszność.

HEUBNER opisuje przypadek płonicy, w której przebiegu szóstego dnia wystąpiły: chrypka, zwężenie krtani przy pochylonej ku tyłowi głowie, sinawa wysypka i wysoka ciepłota ciała. Przy badaniu pośmiertnem zwłok znaleziono w krtani i tchawicy cienki szaro-żółty nalot, pod którym błona śluzowa już dla gołego oka była mocno nacieczona. Rozumie się, iż dopiero z chwilą odkrycia lasecznika KLEBS-LÖFFLER'a można dokładnie rozpoznawać zajęcie gardzieli płonice i istotnie błonice i oznaczyć, jak często płonica wikła się z błonicą.

Niejednokrotnie opisywano dławiec, spowodowany obecnością bądź to dwuziarniaków, bądź też paciorkowców, ani razu jednak w następstwie płonicy; a ona właśnie stanowi najbardziej podatny grunt do powstania zakażenia paciorkowcowego. Autor podaje przypadek złośliwej postaci płonicy, powikłany zwężeniem tchawicy.

Z obszernej i ciekawej historii choroby zaznaczmy, iż 6 dnia po stwierdzeniu płonicy zauważono obfity wyciek z nosa, w którym oprócz ziarniaków znaleziono wrzekome laseczniki błonicy: szczepione świnkom morskim dały wynik ujemny. 8-go dnia przystąpiono wobec wzmagającego się zwężenia tchawicy, napadów duszności i sinicy do tracheotomii, po której nastąpiło chwilowe polepszenie, lecz nazajutrz dwuletni chory zmarł przy objawach duszności i postępującej wciąż sinicy.

Badanie pośmiertne zwłok wykazało między innemi: głębokie owrzodzenia i szaro-żółty nalot na migdałach, błona śluzowa nosa i stropu gardzieli zasłana mocno przylegającym, szaro-żółtym, grubym wysiękiem włóknikowym, błona śluzowa krtani biała, tchawicy zaś, poniżej strun głosowych, pokryta pulchnym wysiękiem włóknikowym, w którym badanie bakteryologiczne wykazało obecność paciorkowców oprócz wrzekomych laseczników błoniczych (powtórne szczepienie świnkom morskim dało również wynik ujemny). Z wysięku wziętego z gardzieli wyhodowano tylko paciorkowce i gronkowca złocistego. W trzy godziny po śmierci zbadano pod względem bakteryologicznym krew wydobyta z żyły w przegubie łokciowym przebiegającej i znaleziono w niej paciorkowce (*streptococcus conglomeratus*).

Otóż „bładość błony śluzowej krtani“ stanowi o istotnej różnicy tej postaci zwężenia od zazwyczaj spostrzeganej przy ciężkiej płonicy, przy której zgorzel gardzieli i przełyku zstępuje na krtani i górny odcinek tchawicy.

Wysięk włóknikowy przylega luźno do ściany tchawicy, nie tak jak w przełyku, gdzie przeważa sprawa zgorzelinowa. Wyjąwszy obrzęk głośni, zwężenie krtani — o ile niema zakażenia wtórnego błonicą istotną—stanowi właściwość septycznej postaci płonicy i polega na wzmiankowanym zstępowaniu zgorzeli z gardzieli na krtani i tchawicę. Opisany przypadek należy do wyjątków. Duszność w piorunującej postaci płonicy, kończącej się zejściem śmiertelnem w przeciągu kilku dni, ma swe źródło w zwyrodnieniu serca i zmianach we krwi; podstawowym jej objawem jest sinica. Duszność występująca po upływie tygodnia zależy od zmian w narządach oddechowych.

(*Jahrbuch f. Kind.* Tom. XLIV. Zeszyt 2). Maksymilian Kraushar.

76. MENDELSON. **Przyczynek do wewnętrznego leczenia kamicy nerkowej.** W ostatnich czasach zjawilo się wiele środków, mających na celu rozpuszczanie kamieni z kwasu moczowego, że przytoczymy tu tylko piperazynę i lizydynę. Lecz o ile teoretycznie środki te w zupełności swemu zadaniu odpowiadają, rozpuszczając kwas moczowy, o tyle w rzeczywistości, t. j. kiedy chodzi o rozpuszczenie kamieni moczowych wewnątrz ustroju, są one bezsilne. Zrozumiemy to łatwo, jeżeli weźmiemy pod uwagę, jak trudno rozpuszcza się kwas moczowy w płynach, najlepiej go rozpuszczających, dalej, jak znacznemu rozcieńczeniu ulegają w moczu środki, mające kamienie rozpuszczać, wreszcie jak mała część powierzchni kamienia wystawiona jest na działanie środka zadanego. Prócz tego, jak to stwierdził autor w swej pracy poprzedniej (*Deutsche med. Wochenschr.* N. 41. 1895), wszystkie te środki tracą w moczu swe własności rozpuszczania wskutek obecności prawidłowych składników moczu. Wobec tego mijają się one zupełnie ze swym celem, mogąc najwyżej ułatwić wydalanie kamieni *in toto* przez drogi naturalne.

O wiele wdzięczniejsze mamy zadanie, jeżeli chodzi o niedopuszczenie do tworzenia się i powiększania kamieni nerkowych, tembardziej, że znany nam jest mniej więcej mechanizm ich powstawania.

Pominąwszy liczne teorye, tyżące się tej sprawy, zwrócimy jedynie uwagę na wyniki prac dwóch badaczy; EBSTEIN'a, który dowiódł, że kamień moczowy jest nietylko pewnem zgrupowaniem kryształów, lecz że powstaje on z nawarstwień jakiejś białkowej substancyi, wtórnie dopiero twardniejącej wskutek impregnacyi przez sole,—i MORITZ'a, który wykazał, że ta substancya białkowata znajduje się zawsze we wszystkich osadach moczowych tak chorych jak i zdrowych osobników. Twór ten nie jest właściwością kryształów już sformowanych, lecz znajduje on się bez wyjątku i w osadzie moczu zasadowego i w osadach bezkształtnych.

Dane te są dla nas cenną wskazówką leczniczą. Dla przyczyn wyżej przytoczonych widzimy, że o rozpuszczenie istniejących już kamieni niema co się kuścić, z drugiej zaś strony—już w warunkach zupełnego zdrowia mamy w moczu wszystkie dane, potrzebne do wytwarzania się złogów. Jeżeli więc niektóre przez praktykę i doświadczenia uświęcone metody, jak np. leczenie zapomocą *lithium*, są w swych skutkach dodatnie, tłumaczy się to nie ich własnością rozpuszczania, lecz wpływem na wzmożenie wydzielania moczu. Ten czynnik właśnie, pewne rozcieńczenie soków ustroju i moczu, jak wykazał autor w jednej z poprzednich prac swych, odegrywa główną rolę leczniczą.

Samo powstawanie kamieni można objaśnić drogą mechaniczną. Jest rzeczą zupełnie możliwą, że u najzdrowszych już w nerkach mogą strącić się z roztworu kryształy kwasu moczowego i zatrzymać się. Zwykle wydzielający się ciągle z nerek mocz rozpuszcza je lub zmywa. Gdy jednak taka oddzielna porcja moczu, z której składa się ilość dobową, ma zamało własności rozpuszczających, kryształy te stają się punktem wyjścia kamienia, (jak to ma miejsce z ciałami obcemi), przy zupełnie prawidłowej przemianie materyi, w zupełnie zdrowych drogach moczowych.

Starajmy się więc zapomocą odpowiednich wód mineralnych rozcieńczyć mocz i, co ważniejsza, zwiększyć wydzielanie jego, wtedy bowiem czasowe przepełnienie górnych odcinków dróg moczowych z szybko wydzielającym się moczem znacznie będzie przeszkadzać osiadaniu większych lub mniejszych tworów. Trzecią jeszcze własność muszą posiadać wody — zmniejszać kwaśny odczyn moczu, nie czyniąc go jednak zasadowym. W tym celu autor zachwala źródło Saluator. (*Berlin. klin. Wochenschr.* N. 14. 1897).

Wacław Sterling.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 6 kwietnia r. b.

TREŚĆ. 1) Edw. ZIELIŃSKI — Przedstawienie trzech preparatów tętniaków aorty i jednego tętnicy śledzionowej. 2) GURANOWSKI — Przypadek zgorzeli błędnika z przedstawieniem preparatu.

1) Kol. ZIELIŃSKI okazał preparaty czterech tętniaków, z których trzy dotyczyły tętnicy głównej, jeden zaś tętnicy śledzionowej. **Przypadek 1-szy.** Tętniak przedniej górnej ściany łuku aorty, długości 16 cm., szerokości 9 cm., między pniem bezmiennym a tętnicą szyjową lewą; zniszczenie rękojeści mostka; serce niezwykle małe; za życia jedynymi objawami były: guz tętniacy, porażenie strun głosowych i napady zaduszania, żadnych przytem szmerów ani też różnicy w tętnie promieniowem nie było. Zdaniem prelegenta najważniejszymi przy rozpoznawaniu tętniaków aorty są objawy uciskowe; przerost serca bywa tylko przy jednocześnie istniejącem zapaleniu nerek lub miażdżycy tętnic. **Przypadek 2-gi.** Tętniak tylnej ściany *aortae thoracicae* prawie na całej jej długości; wielkość skrzepu równa się połowie główki rocznego dziecka; lewą ścianę tętniaka stanowi zgęszczona kanka lewego płuca, tylną u góry głęboko zniszczona kość 4 i 5-go kręgu grzbietowego; serce małe; za życia ani szmerów ani różnicy tętna nie było i chora na dwa dni jeszcze przed śmiercią ciężko pracowała; śmierć nastąpiła skutkiem krwotoku przez małe nadżarcie ściany przednio-prawej, przy czem krew wylała się w tkankę luźną dookoła przetyku, odwarstwiła opłucną przeponową, przeniknęła przez otwór przeponowy do jamy brzusznej, odwarstwiła otrzewną przeponową i oblała dookoła lewą nerkę i żołądek, nie naruszywszy całości błon surowiczych. **Przypadek 3-ci.** Poczynający się tętniak łuku aorty, rozszerzenie aorty i wszystkich wogóle tętnic; olbrzymi przerost serca, zależny od jednoczesnego istnienia zapalenia nerek śródmiażdżowego; za życia było stłumienie znaczne na mostku, tętnienie ponad *jugulum sterni*, olbrzymie tętnienie naczyń szyjowych. **Przypadek 4-ty.** Rozszerzenie znaczne tętnicy śledzionowej do 0,5 cm. z wężykowatą jej skręceniem, czyli t. zw. *aneurysma cirsoideum*.

W dyskusyi nad tętniakami aorty kol. SOKOŁOWSKI zaznacza, że pospolicie przyjmowane w podręcznikach objawy tętniaków aorty, jak stłumienie na mostku, przerost serca, różnica w tętnie i t. d. bardzo często zawodzą; największe znaczenie rozpoznawcze, w początkowych zwłaszcza okresach rozwoju tętniaka, mają objawy uciskowe, a mianowicie: a) napady duszności o typie stenotycznym, przypominające dusznicę oskrzelową, występujące przeważnie w nocy i zależne od porażenia rozszerzaczy głosiń; b) napady głośnego, suchego kaszlu w następstwie podrażnienia nerwu krtaniowego zwrotnego, podobne do kaszlu histerycznego; c) porażenie przemijające lewej struny głosowej; wreszcie w dalszych okresach choroby d) zupełne lewostronne porażenie krtani (porażenie TRAUBE'go) i objawy ucisku lewego oskrzela.

Prof. BRODOWSKI utrzymuje, że porażenie nerwu krtaniowego zwrotnego nie jest objawem tak częstym ze względu na przeważne umiejscawianie się tętniaków nie na wklęsłej lecz na przedniej, wypukłej części łuku aorty, duszność zaś zależy od ucisku na tchawicę.

Kol. BIERNACKI podkreśla brak zupełny szmerów w dwóch pierwszych przypadkach mimo istnienia ogromnego tętniaka. Ogólnie przyjęto dotychczas uważać szmer skurczowy nad aortą za jeden z ważniejszych objawów tętniaka *resp.* rozszerzenia aorty. Tymczasem szmer taki nader często spotyka się przy czystej niedomykalności zastawek półksiężycowych aorty bez żadnych zmian tętnicy głów-

wnej. Fakt ten objaśnia w zupełności teoria GEIGEL'a, potwierdzają go zaś przypadki kol. ZIELIŃSKIEGO.

Kol. SOKOŁOWSKI podnosi tę okoliczność, że stłumienie na mostku często za życia jest znaczniejsze, niżby to usprawiedliwiać mogły dane pośmiertne; zależy to od sprężystości worka tętniaka, skutkiem której objętość jego może się zwiększać w zależności od zmian ciśnienia, te zaś ostatnie mogą być warunkowane czynnikami zarówno fizycznymi jak i psychicznymi; na tej samej drodze powstają i wzmiankowane przez niego uprzednio przemijające objawy uciskowe.

Kol. ZIELIŃSKI w odpowiedzi prof. BRODOWSKIEMU zwraca uwagę na to, że w 1 ym przypadku miały miejsce objawy duszności oraz porażenia nerwu krtaniowego zwrotnego, mimo to tętniak był usadowiony nie na wklęsłej, lecz na przednio-górnej części łuku aorty.

Kol. K. ZIELIŃSKI przytacza spostrzeżenie, gdzie także niewielki tętniak, umiejscowiony na górnej powierzchni łuku aorty, mniej więcej w miejscu wyjścia prawej tętnicy szyjowej i podobojczykowej, powodował stałe porażenie lewostronne krtani oraz napady zaduszania, zależne od ucisku tchawicy.

2) Kol. GURANOWSKI wygłosił odczyt p. t. „Przypadek nekrozy błędnika“, umieszczony w N-rze 18-yim naszego pisma.

W powstałej z powodu tego odczytu dyskusji kol. HEIMAN wypowiada się przeciwko uważaniu przypadku opisanego za unikat, gdyż niema dowodów na to, żeby nie wydzielił się zarazem i ślimak. Dowieśćby można tego tylko albo na drodze anatomicznej, co jest niemożliwe ze względu na to, że chora pozostaje przy życiu, albowież drogą prób słuchowych, które także uniemożliwia młody wiek chorej (półczwarta roku) i które zresztą nie byłyby w zupełności przekonywającymi, gdyż przy badaniu słuchu w jednym uchu nie jesteśmy w stanie całkowicie wyłączyć z czynności słuchowej drugiego ucha. Bardzo jest prawdopodobne, że ślimak wydzielił się podczas przemywania ucha, co dosyć często miewa miejsce, a tem jest to prawdopodobniejsze, że prelegent przez pół roku chorej swej nie widział. Za zgorzelą ślimaka przemawiają także i stosunki anatomiczne. Mianowicie ropa z jamy bębenkowej daleko łatwiej szerzyć się może w kierunku okienka okrągłego, które jest położone w części jej najniższej i zasłonięte błoną włóknistą, niż przez leżące wysoko i zamknięte kostną podstawą strzemięcia okienko owalne; z tego powodu przedewszystkiem ulegnie zgorzeli ślimak, a dopiero w następstwie może się stać to samo z kanałami półkolistymi. We wszystkich zresztą spostrzeganych dotychczas przypadkach wydzielił się albo sam ślimak, częściowo lub w całości, lub też cały błędnik.

Kol. GURANOWSKI odpowiada, że dalsze spostrzeganie chorej wyjaśnić może wątpliwości co do tego, czy ślimak został zachowany czy też nie. Z drugiej strony nawet zniesienie słuchu po stronie chorej nie dowodziłoby wydzielenia ślimaka, a tylko zniszczenia nerwu słuchowego w ślimaku, gdyż nawet w przypadkach całkowitego wydzielenia się ślimaka słuch może być zachowany (GRUBER, STEPANOW). Błędne jest mniemanie kol. HEIMANA, jakoby nikt dotąd nie spostrzegał wydzielenia kanałów półkolistych; kol. G. w swym odczycie przytoczył przypadki GUY'a i HABERMANN'a, tem tylko różniące się od swego, że w nich jednocześnie z kanałami półkolistymi wydzieliły się mniejsze lub większe części piramidy kości skalistej.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= NAEGELI-AKERBLOM stosował w 80 przypadkach krztuśca koszenillę z jak-najlepszym wynikiem: choroba po 6—8 dniach zniknęła. Autor przepisuje: *coccionellae subtil. pulv.* 0,05 — 0,2; *ammonii carb.* 1,0; *aq. dest.* 80,0; *syr. cort. aurant.* 20,0 DS. Co 2 godziny łyżeczkę. Autor stosował ten środek z dobrym wynikiem i u chorych na dychawicę oskrzelową. (Centrbl. f. Kinderheilk. II. 1897).

= LUFF zaleca w zatruciach zepsutem mięsem mieszaninę następującą: *liquor van. Siveteni, spirit. Sylvi* aa 5,00, *kalii jodati, chloral. hydr.* aa 1,5, *ac. phenici* 0,3, *aq. chloroform.* 140,0 MDS. Co 3 godziny łyżka aż do chwili ustąpienia wszystkich objawów zatrucia. Środek ten działa jednocześnie uspakajająco i przeciwnie. (Semaine méd. Nr. 10. 1897).

= Fosforan gwajakolu przedstawia krystaliczny, bezbarwny proszek, rozpuszczałny jedynie w wysoku, zawierający 89,4% gwajakolu. W ustroju rozkłada się na swe części składowe dopiero w zawartości jelit, wydalaną zostaje przeważnie przez nerki. GILBERT stosował go w dawce 0,4—0,6 *pro die* w gruźlicy płuc i otrzymał takie same wyniki, jak przy podawaniu węglanu gwajakolu lub kreozotu. Wyższość zaś jego nad tymi związkami polega na tem, że jednocześnie z gwajakolem wprowadzamy do ustroju zamiast obojętnego kwasu węglanego kwas fosforny. (Soc. de biologie. S. 27. II. 1897).

= JOLLES określał ilość dobową żelaza w moczu dwunastu zdrowych osobników. Wynosiła ona średnio 0,007, znacznie więcej zatem niż podawane przez GOTTLIEB'a 0,0025. (Sem. méd. Nr. 10. 1897).

= WOODRUFF twierdzi na podstawie licznych doświadczeń, że fenacetyna jest świetnym środkiem przeciwko nieżydom nosa. Przy nieżycie z wydzieliną obfitą wdmuchuje autor proszek następujący: Rp. *phenacetini, pulv. amidoni* aa 4,0, *pulv. acaciae* 8,0. W przypadkach nieżyty suchego wpuszczać należy do nosa kilka kropli mieszaniny fenacetyny z gliceryną. (Semaine méd. Nr. 11. 97).

= MAYFIELD dowodzi, że właściwą, a być może, nawet jedyną przyczyną zimnicy jest woda do picia. Dzięki używaniu wody gotowanej lub pochodzącej z głębokich studzien artezyjskich stała

się zimnica na całym wybrzeżu atlantyckim w Stanach Zjednoczonych prawdziwą rzadkością; prawdopodobnie środki te wydałyby wynik pożądaný we wszystkich miejscowościach błotnistych. (Centr. f. Bakt. XX. Nr. 24).

= ACHARD i BENSAUDE poddali krew chorych na tyfus doświadczeniu następującemu. Zapomocą wyciągu z pijawki zapobieżono ścinaniu się i zapomocą centryfugi lub filtrowania przez watę usunięto składniki morfologiczne. Wykazano wtedy, że plazma zachowuje własność aglutynacyjną, gdy ciątka białe, choć żywe, nie mogły nadać świeżemu osoczu tej własności. Wynikałoby stąd, że wbrew twierdzeniu innych badaczów, aglutynacja nie jest wcale w związku z leukocytami. Ciekawe jest również, że związki aglutynujące są zdolne do dyalizy. (Sem. méd. 1896. Nr. 49).

= VIDAL i SICARD przekonali się, strącając istoty białkowe ze krwi i mleka chorych na tyfus, iż pozostałe płyny nie posiadają zdolności aglutynacyjnej, natomiast osad zachowuje ją, a zatem aglutyniny zostają strącone razem z białkami. (Sem. méd. 1896. Nr. 49).

= MARTINI przekonał się, że surowicy przeciwbłoniczej nie można filtrować przez świeczki CHAMBERLAND'a, traci ona bowiem nadzwyczaj na sile; strata ta odbywa się nie odrazu lecz stopniowo; tak np. z 300 cm. sz. o sile 165 jednostek w 1 cm. sz. pozostało w pierwszej porcji, złożonej z 92 cm. sz. 125 jednostek, w drugiej — z 67 cm. sz. już tylko 30 jednostek, w trzeciej z 25 cm. sz. 5 jednostek i w czwartej z 14 cm. sz. 1 jednostka. Natomiast w osadzie złożonym z 86 cm. sz., siła wynosiła 400 jednostek. (Centr. f. Bakt. XX. Nr. 22—23).

= MITSCHA opisał epidemię błonicy powstałą w ten sposób, że dzieci odwiedzające pewien ogród używały jednej szklanki do picia wody. Zachorowało 35-ro dzieci. Po zamknięciu i odkażeniu ogrodu nie było więcej ani jednego przypadku. (Centr. f. Bakt. XX. Nr. 20—21).

= MORAX opisał zapalenie łącznicy, które zowie podostrem, z objawami bynajmniej nie uciążliwymi: rano powieki są zlepione, chory uczuwa nieco swędzenia, wrażliwy jest na światło, wydziela wreszcie więcej łez; przedmiotowi można stwierdzić niewielkie przekrwienie łącznicy, zaczerwienienie brzoğu powie-

kowego, niewielką wydzielinę, niekiedy kłaczkę ropy. Cierpienie trwa kilka tygodni lub miesięcy bez zmiany, o ile nie jest leczone; wkraplania siarczanu cynku usuwają sprawę w kilka dni. Wywołują ją laseczniki dość długie, nieco podobne do laseczników FRIEDLAENDER'a, jednak bez otoczek, układające się po dwa. Na pożywkach zwyczajnych pasorzyt nie rozwija się prawie wcale, a tylko na pożywce WERTHEIM'a: jest on bardzo niewytrzymały, dla zwierząt nie chorobotwórczy, a u ludzi wywołuje zapalenie opisane łącznicy. (Ann. Pasteur. 1896. Nr. 6).

= COMBY stosuje przeciw glistnicy robaczkowej (*oxyuris vermicularis*) leczenie następujące: przez trzy dni podaje się dziecku na czczo w łyżce osłodzone-

go mleka: *santonini* 0,05, *calomelanos* 0,1, wieczorem przed pójściem spać należy dziecku posmarować odbył maścią składu: *ung. glyc.* 20,0 *ung. ciner.* 10,0. U dzieci starszych nad 6 lat podawać należy 0,01 santoniny więcej proporcjonalnie do przewyżki lat. (Méd. mod. 1896).

= Przy *lichen urticatus* u dzieci, dotkniętych krzywicą, stosuje NEEBE oprócz fosforu antypirynę wewnątrz i naftol miejscowo w postaci następującej: Rp. *antipyrini* 1,5, *aq. destill.*, *syr. cort. aur. a^q* 25,0. MDS. 1—2 łyżeczki przed snem. Rp. *naphtholi* 0,4, *vaselini* 20,0, *mf. ung.* S. wcierać przez 10 minut. (Medic. chir. Centr. 1896 r. 11).

= MICHAELIS opisał nowy przypadek *endocarditidis gonorrhoeicae*. (Zeit. f. klin. Med. XXIX. str. 556). M. B.

Wiadomości bieżące.

— „Przeglądu Lekarskiego“ Nr. 23 z dnia 5 czerwca r. b., poświęcony został prof. BRODOWSKIEMU. Karta tytułowa brzmi: „Włodzimierzowi BRODOWSKIEMU przy zamknięciu działalności profesorskiej składają w hołdzie: Towarzystwo lekarskie krakowskie i Towarzystwo lekarzy galicyjskich wraz z Redakcją wspólnego ich organu“. Numer ten zawiera: 1) Prof. BROWICZ—O różnorodności złożeń żółciowych śródkomórkowych w stanach chorobowych komórek wątrobowych pod względem barwy i stanu skupienia i o znaczeniu tej różnorodności. 2) Prof. O. BUJWID—Kilka słów o dżumie i jej zarazku. 3) Dr. St. CICHANOWSKI—O pęknięciu jelit u noworodków. 4) Dr. L. GLUECK—O trądzie wię-

kszych żyłskórnych. 5) Dr. Ks. LEWKOWICZ—Pasorzyty zimnicze, ich stosunek do ciała i budowa ciała krwi czerwonego. 6) Doc. Dr. Jul. NOWAK—Przyczynek do nauki o zmianie skrobiowatej tkanin. 7) Dr. W. SIERADZKI—Przypadek urazowego pęknięcia dwunastnicy i żołądka.

— Kilka miesięcy temu wyszła z druku, już dawno przez nielekarskie pisma reklamowana, „Andrologia“ d-ra MISIEWICZA. Ponieważ wydawnictwo to jest pozbawione wszelkiej wartości naukowej, dla tego krytyka wydaje się nam zbyt zbytnią. Dziwi nas tylko dobrze zasłużone literaturze nazwiska umieszczone w nagłówku wydawnictwa, które sobie szybko zdobyło niezaszczytną popularność.

Odpowiedzi Redakcyi.

Koledze KOSSOBUDZKIEMU. Komitet pod przewodnictwem prof. RYDYGIERA utworzony został tylko dla Polaków poddanych austriackich. Rękopis otrzymaliśmy.

Sprostowanie. Na str. 551 w 6 wierszu od góry zamiast „przesadzając“, winno być „przesadzając“. Na str. 552 w 3 wierszu od dołu zamiast „czuciowej“ winno być „słuchowej“.

APTEKA

E. GESSNERAAleja Jerozolimska 27 róg Kruczej
w WARSZAWIE.

Niniejszem mam zaszczyt podać do wiadomości W. Panów Doktorów, iż stosując się do przyjętej we Francji nader dogodnej formy stosowania leków pod postacią pigułek powlekanych cukrem (dragées), przygotowałem cały szereg tego rodzaju przetworów, złożonych z bardziej używanych środków lekarskich, których spis poniżej zamieszczam:

Dragées kreosoti Fagi	0,03
" " "	0,05
" " "	0,05 c. acid. arsenicos
	0,001
" kreosoti Fagi	0,10
" " "	0,10 c. acid. arsenicos
	0,001
" kreosoti Fagi	0,15
" " "	c. balsam. tolutan aa
" acid. arsenicos	0,001
" aloes	0,10
" balsam. peruviani	0,05
" " "	0,05 c. acid. arsen.
	0,001
" chinini ferro-citrici	0,05
" " "	muriatici 0,05
" " "	sufurici 0,05
" extr. cascar. sagrad. fluid.	0,5
" " "	hydrast. canadens. fluid. 0,5
" " "	rhei comp. 0,05
" " "	rhei simpl. 0,05
" " "	Valerianae spir. 0,10
1) Dragées ferri albuminati	0,05
" " "	carbonici-Blaudii minor aa
	10,00 = 100
" " "	Blaudii major aa
	15,00 = 100
" " "	Valleti
" " "	dialisati peptonati 0,05
" " "	lactici 0,05
" " "	oxyd. Kirchmani (Eis. magn. pill.
" guajacoli	0,05
" " "	0,05 c. acid. arsenicos 0,001
" " "	0,05 c. extr. belladonnae 0,01
" ichtyoli	0,05
" jodoformii	0,05
" " "	0,05 c. acid. arsenic. 0,001
" " "	0,5 c. morph. muriat. 0,004
" pepsini	0,05 (c. acid. muriat.)
" picis	0,05
" Kreosoti Carbonici	0,05
" Guajacoli Carbonici	0,05
" Blaudii minor. c. acid. arsenic.	0,001
" Camphor. bromat	0,05
" Guajacol	0,05 c. extr. belladon 0,001
" " "	0,10 c. codeini 0,10
" jodoformii	0,05 c. acid. arsenic. 0,001
" " "	c. extr. belladon 0,001
" hydrastinini hydrochlorici	0,025

1) Dwie pigułki odpowiadają jednej łyżeczce roztworu.



Nowe katalogi ilustrowane franko.

WIELKI WYBÓR NARZĘDZI CHIRURGICZNYCH

najnowszych wynalazków

we wszystkich działach chirurgii

najtaniej w składach fabrycznych

J. JODŁOWSKIEGO

Marszałkowska 117 i Bielańska 5.

Zamówienia listowne są załatwiane

odwrotną pocztą.

Nowe katalogi ilustrowane franko.

Dom zdrowia dla nerwowych i umysłowo chorych

otwarty będzie w Sierpniu b. r. w Lublinie. Zgłaszać się Lublin. D-r Olechnowicz ordynator oddziału chorób umysłowych przy szpitalu S-go Wincentego.

D-r Leon Peterseim

b. Elew-Asystent kliniki lekarskiej Uniwersytetu Jagiellońskiego
ordynuje od 20 Maja do końca Września

w Piszczanach

Cieplicach siarczanych w Węgrzech.

D-r F. CHŁAPOWSKI

ordynuje w tym roku jak w latach ubiegłych

w Kissingen (w Bawaryi).

D-r Weissenberg

(Nervi)

(władający językiem polskim)

ordynuje jak corocznie w Kołobrzegu.

D-r Rościszewski

ordynuje przez sezon kąpielowy w Iwoniczu.

D-r med. Fr. Jankowski

ordynuje od 1 Maja jak w latach poprzednich
w Bad Nauheim.