

MEDYCYNĄ.

CIASOPISMO 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. Krwawienie z nerek niezmiennionych. Podał G. Groszlik — Oznaczeniu ośrodków skojarzeniowych Flechsig'a dla badań nad rozwojem umysłu, mowy, psychologii mowy oraz naki o niemocie. Podał d-r Wł. Oltuszewski. (Dokończenie). — **Wykłady kliniczne.** Delorme i Mignon. O nakłóciu i cięciu osterdża, podał A. Leśniowski. (Ciąg dalszy). — **Streszczenia i wyciągi.** 77. O leczeniu garbu metodą Callot'a. 78. Wyniki leczenia błonicy surowicą swoistą w pieszteńskim szpitalu dla dzieci „Stefanie”. 79. Uraz a wład i wieloogniskowe zapalenie rdzenia. — **Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.** Posiedzenie z dnia 21 kwietnia r. b. — O ruchu chorych za m. maj r. b. — **Drobniejsze wiadomości różnej treści.** — **Wiadomości bieżące.** — **Ogłoszenia.**

„Medycyna“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r G. Groszlik — Hémostase rénale sans cause anatomique appréciable 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 G. Groszlik — Ueber die Blutung aus den unveränderten Nieren. 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.

Krwawienie z nerek niezmiennionych.

Napisał D-r G. GROSGLIK.

Według mniemania ogólnie rozpowszechnionego ilekroć znajdujemy się wobec przewlekłego krwimocz nerkowego, gdzie stan zapalny może być z góry wyłączony, rozpoznanie nasze waha się między kamieniem, nowotworem lub gruźlicą nerki. W większości przypadków dokładne wywiady, ścisłe badanie chorego, nawet pod chloroformem, oraz badanie moczu pozwalają nam to lub owo rozpoznanie uzasadnić. W razach wątpliwych, w których pomimo wyczerpania wszelkich środków rozpoznawczych ścisłe sprawy rozpoznać nie można, pytanie zazwyczaj rozstrzyga operacja, która wskazana być może bez względu na rodzaj cierpienia, jeżeli krwawienie przybiera rozmiary zastraszające, lub też bóle nadmiernie silne uciec się do tego środka zniewalają. Jednakże obok tych mniej lub więcej wyraźnych postaci spotykamy krwimocz nerkowy, gdzie ani wywiady, ani badanie chorego, ani też badanie moczu nie dają żadnych wskazówek odnośnie do natury cierpienia. Przypuśćmy, iż mamy przed sobą chorego, który od czasu do

czasu lub też stale oddaje mocz kwaśny, i że stwierdziliśmy, iż krew pochodzi z jednej nerki. Jeżeli osobnik dany nie skarży się na bóle, nie miewał napadów kolki nerkowej, jeżeli nerki wymacać nie można, w moczu zaś nie znaleziono ani kamyczków ani piasku i sam chory nic podobnego nigdy nie zauważył, to na zasadzie tych danych ujemnych możemy wyłączyć w danym przypadku obecność kamienia nerkowego. Pozostaje nam wówczas rozstrzygnąć, czy nie mamy tu do czynienia ze sprawą nowotworową lub gruczliczą. Oba te stany chorobowe mogą przebiegać bez bólów dotkliwych, a nawet zupełnie bez bólów, w początkowych zaś okresach i bez powiększenia narządu, jedynym zaś objawem jest mniejszy lub większy krwimocz. Wywiadujemy się starannie o przeszłość chorego, o możliwe obarczenie dziedziczne, szukamy objawów żołądka lub gruczlicy w innych narządach, zwłaszcza w jądrach, gruczole krokowym i pęcherzykach nasiennych, które zazwyczaj stanowią pierwsze etapy gruczlicy nerek; wreszcie badamy mocz na laseczniki gruczlicze a także na obecność składników nowotworowych.

Zdarza się, jakkolwiek niezbyt często, że wszystkie te poszukiwania dają wynik ujemny; nie znaleziono żadnych objawów, któreby dowodziły istnienia gruczlicy lub nowotworu nerki. I w tych razach, jeżeli krwawienie jest obfite i długotrwałe i wprost zagraża życiu chorego, rzecz rozstrzyga operacja, czy jednak przy operacji zawsze wychodzi na jaw, że mieliśmy do czynienia z ustrojowem ogniskiem gruczliczem lub nowotworowem? A jeżeli przebieg choroby jest łagodny, krwawienie umiarkowane i na razie operacja nie wydaje się konieczną, jakie zrobić rozpoznanie i rokowanie? Czy krwawienie musi być koniecznem następstwem sprawy gruczliczej lub nowotworowej w nerce, a w takim razie czy operacja jest zawsze niezbędna pomimo łagodnego przebiegu cierpienia? Gdybyśmy bez zastrzeżeń taką zasadę przyjąć musieli, wówczas najrozumniej byłoby przeciw odrazu do operacji przystąpić nawet w razach bardzo nieznacznego krwawienia z nerki, albowiem wczesne usunięcie ogniska gruczliczego lub nowotworowego sprzyja doszczętnemu usunięciu choroby, która w przeciwnym razie, robiąc mniej lub więcej znaczne spuszczenia w ustroju, czyni zabieg operacyjny późniejszy wątpliwym.

Uwagi powyższe nasunęły mi się z powodu przypadku krwimoczu nerkowego, który spostrzegałem przed niedawnym czasem, w którym rozpoznanie długo pozostawało w zawieszeniu, ponieważ materiał, jaki zdołałem zebrać na razie, nie dawał żadnego punktu oparcia dla rozpoznania. Dane jednak wywiadowcze, dostarczone mi przez chorego podczas badań następnych, całkowicie rzecz wyjaśniły i niewątpliwie przyczyniły się do zupełnego obalenia mglistych zresztą przypuszczeń odnośnie do natury cierpienia. Zdaniem mojem przypadek ten stanowi przyczynek ciekawy do bardzo szczupłej kazuistyki ogłoszonych dotychczas spostrzeżeń t. zw. krwimoczu nerkowego *sine materia* czyli krwimoczu bez jakichkolwiek zmian organicznych w narządzie. Ze względu na doniosłe znaczenie tej sprawy dla patologii i rozpoznawania krwimoczu nerkowego uważam, iż nie od rzeczy będzie do wyczerpującego opisu przypadku własnego dołączyć spostrzeżenia innych autorów oraz przytoczyć poglądy na tę ze wszech miar ciekawą sprawę chorobową. Szczegółowe uwzględnienie odnośnej kazuistyki wydaje mi się tem niezbędniejszem, iż we wszystkich prawie przypadkach całość narządu uodowodniła operacja, w niektórych zaś nawet dokładne badanie drobnowidzowe.

Przechodząc do opisu spostrzeżenia własnego, przede wszystkim zauważyć muszę, że celem lepszego uwydatniania trudności rozpoznawczych będę się trzymał porządku chronologicznego, w jakim oddzielne dane zostały zdobyte. Ponieważ uzupełnienia poczynione w czasie kilkumiesięcznego spostrzegania miały wpływ rozstrzygający na rozpoznanie, znajduję one uwzględnienie przy jego uzasadnieniu.

Pan D., lat 36 liczący, oficer, żonaty, obdarzony dwojgiem zdrowych dzieci, zwrócił się do mnie d. 6 grudnia r. z. z powodu przebytego porażki krwimocz. Pierwsze krwawienie wystąpiło we wrześniu bezpośrednio po trzytygodniowych forsownych manewrach, podczas których chory był narażony na liczne niewygody: chodził bardzo dużo, nieraz po czterdzieści wiorst na dobę, sypiał na ziemi wilgotnej, odżywiał się niedostatecznie. Niezwłocznie po powrocie do domu poczuł chory nagle ból kolący w prawym podżebrzu, poczem oddał mocz krwawy bez bólu. Krwawienie trwało dwa dni, w ciągu których odchodziły z moczem duże skrzepy, chory jednak miał się przytem zupełnie dobrze, nie doznawał żadnych bólów ani podczas oddawania moczu, ani w przestankach; odchodzeniu większych skrzepów towarzyszyło tylko nieznaczne palenie w cewce. Wzmoczonego parcia chory nie zauważył, częstość jednak oddawania moczu była nieco zwiększona, tak iż chory zamiast zwykłych 3—4 razy oddawał mocz około 6—7 razy na dobę. Co się tyczy samego moczu, to chory zapewnia, że zabarwienie krwawe było dość jednostajne w czasie całego aktu oddawania moczu i stanowczo zaprzecza, ażeby pod koniec krew pokazywała się obficie. Na schyłku drugiego dnia krew zaczęła znikać, a na trzeci dzień mocz wydawał się zupełnie przezroczysty.

Od owej chwili stan chorego był przez kilka miesięcy zupełnie zadawalający, gdy nagle dnia 6 grudnia bez żadnej widocznej przyczyny wystąpił krwimocz po raz wtóry, trwał jednak tym razem bardzo krótko, albowiem już przy trzecim oddaniu moczu tenże na oko nie zawierał żadnych domieszek nieprawidłowych. Jak wówczas, tak i teraz ilość krwi w moczu była obfita, tak iż kol. WEITZENBLUT, jako lekarz domowy, w którego obecności chory mocz raz oddał, stwierdził, iż czynił on wrażenie prawie czystej krwi skrzepłej. Bólów chory i teraz żadnych nie doznawał, nie miał też żadnych objawów ze strony pęcherza. Podczas drugiego napadu nie powtórzył się nawet ów ból kolący w prawym podżebrzu.

Zagadnięty o szczegóły z życia własnego jako też najbliższych krewnych, chory dał wyjaśnienia następujące. Pochodzi z rodziny zdrowej, w której nigdy nie było przypadku gruźlicy lub nowotworu. Ojciec umarł, mając lat 85, matka żyje i cieszy się zupełnem zdrowiem. Jedna siostra chorego dotknięta jest oddawna histeryą, druga zaś po stracie męża stała się posępną i lekarze stwierdzili u niej zadumę. Brat zdrów zupełnie. Sam chory pomimo kwitnącego na pozór zdrowia zdradza pewne zboczenia w układzie nerwowym: jest imaginacyjny, na punkcie zdrowia bardzo bojaźliwy i często doznaje nagłych wzdrygnięć przy zasypianiu. Przed 14 laty miał wrzód na żołądki, który lekarz jego uważał za przymiotowy i zalecił leczenie w Busku, dokąd też chory jeździł kilkakrotnie. Objawów wtórnych nie było jednak nigdy, co stwierdził również lekarz ordynujący. Przed siedemnastu laty chory przechodził trypra, do którego wkrótce przyłączyło się zapalenie lewego jądra z zejściem w bardzo obfite ropienie, zakończone całkowitym zaniem jądra. Mając lat około dwudziestu, chory dotknięty był jakąś sprawą w płucach, którą lekarze uważali za podejrzaną, po krótkim jednak czasie

odzyskał zdrowie całkowicie. Chory pił zawsze dużo —oprócz piwa i wina— około 10 kieliszków wódki dziennie, od czasu jednak pierwszego napadu zupełnie zaniechał używania alkoholu.

Badanie wykazało, co następuje. Chory bardzo wysokiego wzrostu, budowy atletycznej i doskonałego odżywiania. Waga ciała wynosi 241 funtów. Ciepłota prawidłowa, tętno 72. Łaknienie dobre, wypróżnienia prawidłowe. W płucach i sercu żadnych zboczeń nie znaleziono. Zjawiający się czasami lekki kaszel, zwłaszcza rano, zależy prawdopodobnie od nieznacznego nieżyty tylnej ściany gardzieli (chory dużo pali). Oddawanie moczu odbywa się prawidłowo, bez żadnych zaburzeń ze strony pęcherza i cewki, bez parcia, 3—4 razy na dobę. Mocz barwy winno-żółtej, bladej, zupełnie przezroczysty, odczynu kwaśnego. Ciężar właściwy moczu przy badaniu kilkakrotnem wynosił 1018—1021. Ilość moczu dobową waha się między 1250—1750 cm. sz. Ilość mocznika 22,5—26,6%. Białka, cukru oraz innych składników nieprawidłowych mocz nigdy nie zawierał. Osadu we właściwym znaczeniu tego słowa nie było nigdy; po dłuższem odstaniu się mocz zawierał nieznaczny obłoczek luźno w płynie zawieszony i składający się z pasemek śluzowych, niewielu ciałek śluzowych i nabłonków płaskich oraz nieznacznej ilości rozmaitych bakterii. Raz jeden tylko bezpośrednio po drugim napadzie, gdy chorego widział po raz pierwszy, znalazłem przy badaniu osadu bardzo niewiele ciałek czerwonych. Waleczków, nabłonków nerkowych nie znaleziono ani razu, również jak kwasu moczowego lub szczawianu wapnia. Chory, który od chwili pierwszego zjawienia się krwi w moczu sam siebie starannie obserwował, twierdzi, że nigdy w moczu piasku nie widział. Przy badaniu osadu zwracałem też szczególną uwagę na bakterie. Ze względu na ubóstwo składników morfologicznych było to zadanie nie lada, pomimo to jednak udało mi się przygotować cały szereg preparatów, które barwiłem bądź sposobem KOCH-EHRLICH'a, bądź ZIEHL-NEESEN'a, bądź też GABBET'a, laseczników gruzliczych nie byłem jednak w stanie wykryć.

Badanie narządów moczopłciowych. Okolice nerek nie są bolesne nawet przy dość silnym ucisku. Próby wymacywania nerek sposobem zaleconym przez ISRAEL'a spełzyły na niczem. Chory nie doznaje żadnego bólu przy ucisku ponad spojeniem łonowym, przy ucisku krocza i dolnej powierzchni prącia. Prawe jądro dość duże, niebolesne; żadnych stwardnień nie wymacano ani w jądrze, ani w przyjądrzu. W lewej połowie moszny zamiast jądra znajduje się miękkie ciało wielkości orzecha włoskiego, przymocowane w górnym obwodzie moszny. Badanie *per rectum* wykazuje gruczoł krokowy prawidłowy, niebolesny nawet przy badaniu dwuręcznem. Nawiasowo dodam, że oba zrazy gruczołu są jednakowo rozwinięte, pomimo iż lewe jądro znajduje się w stanie zaniku już od lat kilkunastu. Wydzieliny z cewki niema; strumień moczu gruby, silny.

Należałoby teraz przytoczyć wynik badania cewki i pęcherza narzędziami. Pomimo iż badaniu takiemu przypisujemy wielką doniosłość w rozpoznawaniu chorób dróg moczowych, dla braku jednak wskazań uważałem za stosowne w danym przypadku wstrzymać się od rękoczynu podobnego. Chory oddaje mocz strumieniem grubym i silnym, o istnieniu zatem zwężenia cewki mowy być nie może. Brak wszelkich zaburzeń ze strony pęcherza, trzy- lub czterokrotne oddawanie moczu w ciągu doby wyłącza możliwość umiejscowienia sprawy chorobowej w pęcherzu. Mogłoby tu wprawdzie znaleźć zastosowanie badanie cystoskopem, a to celem określenia, po której stronie znaj-

duje się źródło krwawienia, czy krew pochodzi z prawego moczowodu, czy też z lewego, względnie z prawej nerki, czy z lewej. Boć z przytoczonej powyżej historyi choroby nie ulega chyba żadnej wątpliwości, że nie pęcherz stanowi źródło krwawienia, lecz odcinek wyżej leżący. Przecz cały czas spostrzegania nie znalazłem jednak odpowiedniej chwili do zastosowania cystoskopu, albowiem krwawienie nie powtórzyło się więcej.

To zapatrywanie moje na badanie przyrządami w danym przypadku w zupełności podzielił kol. KRAJEWSKI, który wespół z kol. WEITZENBLUTEM i ze mną badał chorego d. 17 grudnia r. z. Na naradzie tej doszliśmy do wniosku, że krew pochodzi z nerki, że prawdopodobnie źródło krwawienia znajduje się w nerce prawej, co wskazuje ból w podżebrzu prawem, jakiego doświadczył chory przy pierwszym napadzie. Zresztą, która nerka jest siedliskiem choroby, jest w chwili obecnej rzeczą podrzędną, ważne natomiast jest pytanie, jaka sprawa chorobowa jest przyczyną krwawienia. Otóż rozstrzygnięcie tego pytania na zasadzie danych przytoczonych w historyi choroby napotyka poważne trudności. Biorąc rzecz teoretycznie możemy przypuścić trzy możliwości: kamień w nerce, początkowy okres nowotworu lub gruźlicy nerki. O innych przyczynach krwimoczu, jak o krwimoczu pasorzytniczym krajów podzwrotnikowych, o niezmiernie rzadkim tętniaku tętnicy nerkowej lub żyłaku żyły nerkowej, rozpoznawanym zresztą tylko przy badaniu zwłok i t. d., nie będę się tu rozwodził, wątpię bowiem, ażeby ktokolwiek przy rozpatrywaniu przyczyn krwimoczu podobne sprawy brał pod uwagę. Pozostaje nam zatem trzy wspomniane postaci chorobowe, z których jednak kamień musi być z góry w naszym przypadku wyłączony a to na zasadzie, że chory nie tylko nigdy nie miał napadów kolki nerkowej, ale nigdy nie widział piasku w moczu, wielokrotne zaś badanie moczu nigdy nie wykazało obecności kryształów kwasu moczowego i szczawianu wapnia. Jeszcze jeden ważny szczegół przemawia przeciw kamicy, a mianowicie brak wszelkich śladów krwi w moczu po ustaniu krwawienia. Jest mianowicie cechą charakterystyczną dla kamicy nerkowej stała, choć nieznaczna, zazwyczaj tylko przy badaniu drobnowidzowem dająca się stwierdzić obecność czerwonych ciałek w moczu na pozór bezkrwawym. Wprawdzie objaw ten występuje niekiedy i w przebiegu nowotworu nerek, nie jest zatem cechą rozstrzygającą dla kamicy, niemniej jednak brak najmniejszych śladów krwi, stwierdzony przezemnie wielokrotnie w przestankach wolnych od krwawienia, łącznie z zaznaczonym wyżej brakiem kolki nerkowej i piasku utwierdzał mnie w przekonaniu, że w danym przypadku przyczyny krwawienia nie w kamieniu szukać należało.

Typ krwawienia w przebiegu gruźlicy i nowotworu nerek nie przedstawia żadnych cech, na których zasadzie można byłoby odróżnić jedno cierpienie od drugiego. W obu razach krwimocz zjawia się zazwyczaj nagle, bez jakiegokolwiek bodźca zewnętrznego, jest bardzo obfity i po dłuższem lub krótszem trwaniu ustaje również niespodzianie, jak niespodzianie wystąpił. To też o ile krwawienie z nerek występuje we wczesnych okresach nowotworu lub gruźlicy, kiedy narząd nie przedstawia jeszcze zmian namacalnych, kiedy mocz w okresach bezkrwawych jest jeszcze prawidłowy, kiedy stan ogólny chorego jest zadawalający, wywiady zaś nic szczególnego nie zawierają, rozpoznanie różniczkowe między nowotworem a gruźlicą napotyka nieprzewyżnione trudności. W danym przypadku już niezwykle kwitnący stan chorego, jego budowa atletyczna z jednej strony, brak wszelkich danych wywiadowczych, ciepłota stale prawidłowa, jak również stan innych narządów z drugiej strony,

pomimo iż od krwawienia pierwszego upłynęło około czterech miesięcy, wszystko to *a priori* zdawało się przeczyć możliwości przyjęcia jednej z tych spraw chorobowych. Pomnąc jednak o tem, iż chory przed laty przechodził jakąś sprawę płucną, która wprawdzie prędko przeminęła, lecz którą uważano za podejrzaną, byliśmy skłonni na chwilę przypuścić, iż mamy tu do czynienia z gruźlicą nerki. Był to jedyny взгляд, który w danym przypadku mógł mieć pewne znaczenie przy rozpoznaniu, albowiem przy rozpoznawaniu gruźlicy nerek niezmiernie ważną rolę odgrywa poszukiwanie ognisk gruźliczych w innych narządach, bez względu na to, czy to będą ogniska świeże, czy stare, zbliznione. Na punkt ten kładę tu szczególny nacisk, gdyż zdaniem mojem klinicyści zbyt często rozpoznają pierwotną gruźlicę nerki wbrew mniemaniu anatomo-atologów, według których gruźlica nerki jest prawie zawsze cierpieniem wtórnem, ognisko zaś pierwotne tkwi w płucach, kościach, gruczołach, kiskach, narządach płciowych lub pęcherzu. Bardzo pouczające dane pod tym względem znaleźć można w pracach STEINTHAL'a i HEIBERG'a. STEINTHAL¹⁾ zestawił 24 przypadki gruźlicy nerek, a wśród nich znalazł zaledwie jeden, w którym niema wzmianki o gruźlicy innych narządów. HEIBERG²⁾ na 84 przypadki gruźlicy narządów moczopłciowych, zbadane w instytucie VIRCHOW'a, nie był w stanie wykazać ani jednego, w którymby wyłącznie zajęte były nerki. Oto dla czego sceptycznie zapatruję się na oświadczenia klinicystów co do częstości pierwotnej gruźlicy nerek. Jaką wartość mają te oświadczenia, dowodzi przytoczony przez STEINTHAL'a przypadek, w którym obok daleko posuniętej gruźlicy lewej nerki znaleziono zaledwie trzy zserowaciale gruczoły oskrzelowe i owrzodzenie gruźlicze wielkości łebka od szpilki w odbytnicy; w innych narządach zmian chorobowych nie znaleziono. Pomimo iż w przypadku danym nie można było stwierdzić żadnych zmian w płucach ani wypukowych ani wysłuchowych, pomimo iż poszukiwania laseczników gruźliczych w płwocinie, zresztą bardzo skąpej, dały wynik ujemny, pomimo iż moczu w okresach bezkrwawych nie zawierał żadnych składników nieprawidłowych, skłonny byłem jednak do przypuszczenia, iż mamy tu do czynienia z cierpieniem gruźliczem nerki. Zdawałoby się na pozór, że domniemaniu temu przeczyło zachowanie się moczu, który przez cały czas spostrzegania nie zdradzał najlżejszych zbroceń. Takie zachowanie się moczu nie odpowiada sprawie gruźliczej w nerce; spotykamy wtedy zwykle obfite ropienie, a w celu jego rozpoznania wcale niepotrzeba uciekać się do pomocy mikroskopu, jest ono bowiem tak charakterystyczne, że tylko niezajomość własności osadów moczowych może być źródłem jakiegoś nieporozumienia. Otóż nie zaprzeczając bynajmniej, iż w większości przypadków gruźlicy nerek istotnie tak bywa, muszę jednak stanowczo oświadczyć, iż do zachowywania się moczu nie należy przywiązywać zbyt wielkiej wagi, zwłaszcza w okresach początkowych. Pomijając tu tę okoliczność, iż nawet w moczu chorych dotkniętych gruźlicą nerki wykrycie laseczników swoistych należy do zjawisk bardzo rzadkich, chcę tu tylko zaznaczyć, że brak zmian chorobowych w moczu nie wyłącza bynajmniej zajęcia gruźliczego nerek. Jako dowód pouczający pod tym względem niech służy przypadek, który spostrzegałem przed niedawnym czasem, a w którym rozpoznanie nie przedstawiało najmniejszych trudności. Rzec dotyczy 48-letniego mężczyzny, który bez widocznej, jak

¹⁾ STEINTHAL. Virchow's Archiv. T. 100, str. 81.

²⁾ HEIBERG. Virchow's Festschrift. T. II. Odbitka.

podaje przyczyny dotknięty został niezwłocznie po wyjściu z łaźni krwotokiem z dróg moczowych. Gdy po raz pierwszy widział chorego, dowiedziałem się, że już od dwóch tygodni bez przerwy oddaje z moczem prawie czystą krew. Stan ogólny dobry; chory pochodzi z rodziny zdrowej, sam nigdy poważnie nie chorował. Nie doznaje żadnych bólów, mocz oddaje 4—5 razy na dobę bez parcia, pomimo iż jak się przekonałem, przedstawia on prawie czystą krew skrzepłą. Okolice nerek przy ucisku niebolesne, nerek wymacać nie można. Przy badaniu narządów płciowych stwierdziłem znaczne powiększenie i nierówność prawego przyjądrza oraz małą przetokę ropną na tylnej powierzchni prawej połowy moszny. Lewe przyjądrze twarde, nierówne, nieco powiększone. Przy ogólnym stanie wciąż zadawałającym chory oddawał obficie krew jeszcze w przeciągu 4 tygodni, poczem krwimocz ustał zupełnie i wówczas mocz nie zdradzał najmniejszych złożeń ani w składzie chemicznym ani morfologicznym. Ponieważ prawe jądro szybko się powiększało i sprawiało choremu dolegliwości, usunąłem je i stwierdziłem, że przyjądrze zawierało dużą jamę, wypełnioną masami serowatemi, co upewniło mnie w przekonaniu, że przyczyną krwawienia mogła być tylko gruczlica wtórna nerki. Od operacji upłynęło już przeszło pół roku, a pomimo to mocz do tychczas zachował własności prawidłowe.

Widzimy więc, że brak zmian chorobowych w moczu wcale nas nie upoważnia do wyłączenia sprawy gruczliczej w nerkach i oto przyczyna, dla której w zajmującym nas przypadku brak zmian w moczu nie zdołał zachwiać przypuszczenia pierwotnego o gruczliczej naturze cierpienia.

Ponieważ krwawienie ustało całkowicie, stan ogólny był zadawałający, chory żadnych dolegliwości nie doznawał, uznaliśmy, że na razie niema wskazań do zabiegu chirurgicznego. Zaleciwszy choremu zwykłe ostrożności higieniczne, ograniczenie napojów alkoholowych, unikanie ruchów gwałtownych, postanowiliśmy zachowywać się wyczekująco aż do ponownego wystąpienia krwawienia, ażeby wówczas, określiwszy dokładnie, która nerka stanowi siedlisko choroby, przystąpić do operacji.

Atoli po upływie dwóch miesięcy od badania ostatniego, dnia 18 lutego r. b., zgłosił się do mnie chory ponownie i oświadczył iż w ciągu ostatnich dwóch miesięcy zyskał 9 funtów na wadze, a zatem waży obecnie 250 funtów, że od owego czasu krwawienie nie ponowiło się, że czuje się zupełnie dobrze i żadnych dolegliwości nie doznaje, że ciepłota ani razu nie przekroczyła granic prawidłowych, że nareszcie w oddawaniu i zachowaniu się moczu żadnych złożeń nie zauważył. Oświadczenie to, jakkolwiek nie zupełnie licowało z ciężkim cierpieniem, jakie podejrzewałem, nie przeczyło mu jednak bezwzględnie. Owszem utwierdzało mnie ono jeszcze silniej w przekonaniu, że, jeżeli w danym przypadku mogła być mowa wogóle o cierpieniu organicznem nerki, to jedynie gruczlica nie stała w zupełnej sprzeczności z opisanym tu obrazem chorobowym. A jeżeli w początkach trudno było wyłączyć możliwość nowotworu z zupełną pewnością, to teraz, po upływie pół roku blisko od początku choroby, wobec doskonałego stanu chorego, powiększenia się wagi ciała i braku wszelkich zmian w nerce, stwierdzonego przy ponownem badaniu, łatwo to było uczynić. Sprawa nowotworowa bez względu na to, w jakim występuje narządzie, łagodnością przebiegu się nie odznacza, przeciwnie czas, jaki upłynął od początku choroby, najzupełniej wystarczał, aby łowrogie następstwa takiej sprawy ujawniły się w całej pełni. Inaczej rzecz

się ma z gruźlicą. Jeżeli ognisko gruźlicze dzięki sprzyjającym okolicznościom uległo otorbieniu, sprawa staje się miejscową, może na krótszy lub dłuższy czas ucichnąć, a nawet całkowite wyleczenie nie jest wyłączone. Poprawa zatem stanu ogólnego w przebiegu gruźlicy nie przedstawia nic nadzwyczajnego. (C. d. n.).

O znaczeniu ośrodków skojarzeniowych Flechsig'a

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

Podał D-r Wł. Ołtuszewski.

(Dokończenie.—Zob. Nr. 25).

Na udział wyspy REIL'a przy niemotach ruchowych pierwszy zwrócił uwagę DÉJÉRIN. PASCAL szczegółowo opracował ten przedmiot i w pracy: „Du rôle de l'insula de Reil dans l'aphasie”. BORDEAUX 1890 r. opisał 12 tu odnoszących się spostrzeżeń, stwierdzonych badaniem pośmiertnem. We wszystkich tych przypadkach niemoty ruchowej trzeci zawój czołowy pozostał zupełnie nienaruszony, a zmianę anatomiczną znaleziono jedynie w wyspie REIL'a. Spostrzeżenia te, lubo stwierdzają pozytywnie fakt, nieulegający, zdaje się, już dziś żadnej wątpliwości, że zmianom wyspy towarzyszy niemota ruchowa, nie upoważniają nas jednak do wyprowadzenia najważniejszego wniosku, mianowicie o ile odnośni chorzy zatracili mowę wewnętrzną, a więc o ile niemota połączona była z aleksyą i agrafią, gdyż większa część spostrzeżeń nie była dość ścisła bądź z tego względu, że objawów tych nie uwzględniono, albo że chorzy nie umieli czytać i pisać, lub też same przypadki były powikłane zmianami anatomicznymi i w innych okolicach mózgu. Z całego szeregu tych spostrzeżeń jedynie dwa mają dla nas znaczenie, a mianowicie przypadek DÉJÉRIN'a, gdzie mimo niemoty ruchowej chory mógł czytać i pisać i przypadek SABURIN'a, gdzie łącznie z niemotą ruchową czytanie i pisanie było utrudnione. Nie przesądzając bynajmniej faktu, o ile badania anatomiczne rzucą w przyszłości dostateczne światło na zajmującą tu nas sprawę, sądzę, że nawet gdyby okazały się pod tym względem jakiekolwiek sprzeczności, zarówno jak i przy innych niemotach możemy je pogodzić w ten sposób, że rozleglejszym organicznym zmianom wyspy będzie towarzyszyć niemota ruchowa zupełna, a więc z aleksyą i agrafią, nieznacznym zaś zmianom lub zaburzeniom czynnościowym — niemota ruchowa bez utraty zdolności czytania i pisania (brak samodzielnego oddziaływania ośrodka, a działanie jego łączne ze wzrokowymi obrazami głosek lub pamięcią ruchów ręki przy pisaniu). Różnica ostatniego rodzaju niemoty od ruchowej i czynnościowej, mającej źródło w trzecim zawoju czołowym, polegałaby jedynie na utracie mowy samodzielnej, zależnej w pierwszym przypadku od zakłócenia pamięci ruchowej zmysłowej, w drugim zaś — od upośledzenia zdolności wspomnień wyrazowych.

Do kategorii niemot tak zwanych podkorowych i pozakorowych (transkorowych), mających swe siedlisko w ośrodku BROCA, a stwierdzonych przy badaniu pośmiertnem, odnosimy dwa przypadki niemoty ruchowej podkorowej DÉJÉRIN'a, gdzie w jednym znaleziono ognisko rozmiękczenia pod ośrodkiem BROCA, w drugim zaś zmiana była pod korą trzeciego zawoju czołowego, oraz trzy przypadki niemoty ruchowej pozakorowej (transkorowej) a mianowicie jeden MAGNAN'a, gdzie z opony twardej wychodził guz, przechodzący na lewą półkulę i wierzchołkiem swym sięgał trzeciego zawoju czołowego i przedniej trzeciej części górnego brzegu wyspy REIL'a i dwa przypadki HAMMOND'a, gdzie w jednym znaleziono podbiegnięcie krwawe w lewym przednim zrazie, które dochodziło do tylnego brzegu tegoż, a w drugim złamanie wewnętrznej blaszki *diploë*s i kawałek kości, uciskającej zawój BROCA.

Co się tyczy zapatrywania się naszego na psychologię mowy, to przedewszystkiem zaznaczyć należy, że zarówno jak wszystkie sprawy duchowe, tak również i sprawa mowy odbywa się jedynie w korze, a dalej, że owych pamięci zmysłowych nie uważamy obecnie za jakieś oddzielne ośrodki dla mowy, lecz za zakończenie nerwów zmysłowych i ruchowych, służących jednocześnie do przyjmowania i innych podniet oprócz podniet odnoszących się do mowy ³⁾). Warunki powstania mowy są te same co i poznania, to jest pamięć, zdolność do kojarzeń i uwaga ⁴⁾). Zarówno jak dla przejawu najelementarniejszej strony psychicznej człowieka—sposstrzeżenia, oprócz ośrodków zmysłowych potrzebne są wyższe skojarzeniowe, tak również te same czynniki i w tymże celu odgrywają analogiczną rolę przy psychicznym akcie mowy zarówno czynnym (artykulacja, pismo), jako też i biernym (rozumienie mowy, pisma). Różnica zachodzi jedynie w więcej złożonym akcie mowy, a mianowicie, że owe pamięci słowne muszą się skojarzyć uprzednio w ośrodku skojarzeniowym średnim dla wytworzenia mowy automatycznej, gdy sposstrzeżenia skuteczniamy, jednocząc tylko różne zmysłowe okolice kory w ośrodku skojarzeniowym tylnym. Przy akcie więc psychicznym mowy działają dwa mechanizmy: niższy, do pewnego stopnia automatyczny, mieszczący się w wyspie REIL'a, i wyższy dla pojęć słownych w ośrodku skojarzeniowym tylnym (okolica *gyri supramarginalis* i *gyri angularis*). Ostatni służy do łączenia wyobrażeń i pojęć naszych z wyrazami, streszczającymi w sobie całą ich treść.

Odpowiednio do przedstawionych przez nas podstaw psychofizjologii mowy, nie stojących w punktach zasadniczych w żadnej sprzeczności z pracą

³⁾ Sprawa umiejscowienia pamięci zmysłowej ruchowej i słuchowej w trzecim zawoju czołowym i pierwszym skroniowym jest już oddawna rozstrzygnięta. Co do pamięci wzrokowej liter, to jedni przyjmują dla nich ośrodek oddzielny, inni jak np. WERNICKE daleko racjonalniej rolę tę przypisują wogóle rozgałęzieniom nerwu wzrokowego. Tak czy owak głoska widziana nabiera wtedy dopiero znaczenia składniku mowy, kiedy nastąpi jej skojarzenie z ośrodkiem słuchowym, a wyraz czytany rozumiemy wówczas, kiedy obraz jego wzrokowy łączymy w umyśle z jego obrazem dźwiękowym i z właściwem danemu wyrazowi wyobrażeniem lub pojęciem. Co się tyczy ośrodka zmysłowego do pisania, mającego mścić się jakoby w drugim zawoju czołowym (EXNER, CHARCOT, PITRES), to wielu autorów poniekąd bardzo słusznie odmawia mu prawa obywatelstwa i uważa go za zwykły ośrodek ruchowy, rządzący grupą mięśni czynnych przy pisanu, a obejmujący pamięć ruchów potrzebnych przy akcie pisania. Pamięć ta u osób bardzo wprawnych w pisanu może często sama wystarczać bez wytwarzania w umyśle obrazu wzrokowego danego wyrazu. Ma to ważne znaczenie przy aleksjach podkorowych, o czem poniżej.

⁴⁾ Zmysłowa pamięć słowna nagromadza się tylko w lewej półkuli. Umiejscowienie to objaśniamy sobie rozleglejszymi i subtelniejszymi ruchami prawej połowy ciała, gdyż nie ulega wątpliwości, że istnieje związek tych ruchów z powstawaniem ośrodków mowy. Przemawia za tem pewna równoległość ich rozwoju z rozwojem chodzenia, powstawanie tychże ośrodków w prawej półkuli u osób używających lewej ręki i t. d.

FLECHSIG'a, a pozostających w zupełnej zgodzie z własnymi badaniami nad rozwojem mowy, jak również opierając się na dosyć bogatym materiale jej zboczeń, za patrujemy się na niemotę jako na zaburzenie pamięci zmysłowej, (ruchowej, słuchowej i wzrokowej pamięci liter) lub skojarzeniowej, co czyni niemożliwym bądź obudzanie pamięci zmysłowej ruchowej, bądź przyjmowanie podniet zewnętrznych, lub działalność pamięci skojarzeniowej (ruchowej i słuchowej) w ośrodku skojarzeniowym średnim, albo znosi kojarzenia, zachodzące w ośrodku tylnym przy rozumieniu mowy, pisma lub przy mowie samodzielnej ze zrozumieniem. W etyologii niemot oprócz zmian organicznych za bardzo ważny moment musimy także poczytać i czynnościowe osłabienie pamięci zmysłowej lub też ośrodków skojarzeniowych, występujące bądź samoistnie, bądź też uwarunkowane bardzo nieznacznymi zmianami, jako czynnościowy objaw zmniejszonej ich pobudliwości. Zgodnie z tem oprócz podziału niemot na zmysłowe i skojarzeniowe (bądź w ośrodku średnim bądź w tylnym), rozróżniamy jeszcze niemoty organiczne i czynnościowe.

Do zmysłowych niemot organicznych zaliczamy: 1) niemotę ruchową izolowaną przy zmianach w 3 zawoju czołowym (tak zwana poprzednio niemota ruchowa podkorowa), gdzie chorzy pomimo braku mowy samodzielnej mają zachowaną mowę wewnętrzną t. j. rozumieją pismo i mogą pisać; 2) afazję czuciową (głuchotę wyrazową), charakteryzującą się tem, że chory nie rozumie wyrazów, a zatem i mowy, mówi parafatycznie, ponieważ ośrodek skojarzeniowy średni działa bez kontroli pamięci słuchowej. W przypadkach tych mamy również i aleksję z powodu braku w umyśle dźwiękowego obrazu głosek, a więc i agrafię (z wyjątkiem osób bardzo wprawnych w pisanu, ale i naówczas napisanego chory nie rozumie); 3) aleksję izolowaną (percepcyjną ślepotę wyrazową), polegającą na tem, że chorzy tacy widzą litery, ale ich nie poznają i nazwać nie potrafią, a więc i rozumieć pisma nie mogą⁵⁾.

Do niemot skojarzeniowych organicznych ośrodka skojarzeniowego średniego należy afazja ruchowa, łącząca się zawsze z aleksją (ewentualnie i z agrafią), ponieważ w tym razie mamy utratę skojarzeniowych obrazów słuchowo-ruchowych; chory nie może przedstawić sobie w umyśle wyrazów i nie ma mowy wewnętrznej, pomimo istnienia zmysłowej pamięci słuchowej do rozumienia mowy. Do skojarzeniowych niemot organicznych ośrodka tylnego zaliczamy: 1) skojarzeniową niemotę słuchową (poprzednio zwaną pozakorową, transkorową słuchową) przy zmianach okolicy *gyri supramarginalis*, gdzie mimo możności powtarzania bezmyślnego,

⁵⁾ W przypadkach, gdzie chorzy pomimo zachowanej mowy wewnętrznej oraz możności powtarzania są pozbawieni mowy samodzielnej, mamy tak zwaną uprzednio niemotę ruchową pozakorową (transkorową). Co się tyczy tak zwanej poprzednio niemoty czuciowej podkorowej, to objawy jej należą do niemoty pozakorowej we właściwym słowa tego znaczeniu (głuchoty wyrazowej pozakorowej) i mają źródło w przyrządzie słuchowym. Tu zaliczamy przypadki obustronnego częściowego zajęcia błędnika przy głuchoniemocie wrodzonej, przypadki nabytych obustronnych, częściowych zmian w błędniku, wreszcie przypadki obustronnych, częściowych zmian w uchu średnim. Głuchota wyrazowa pozakorowa, zbliżona zupełnie do głuchoniemoty z zachowanymi resztkami słuchu, wyróżnia się od zwykłej głuchoty wyrazowej tem, że chorzy rozumieją niektóre wyrazy, szczególnie pewne szeregi znanych uprzednio nazw, a nawet często mogą je powtarzać, od zupełnej zaś głuchoty różni się możnością wyróżniania szmerów i tonów. Również tak zwaną aleksję podkorową, różniącą się od zwykłej tem, że przy braku rozumienia pisma zachowana jest zdolność do pisanja (przyczem chory napisanego nie rozumie) obok utraty zdolności do przepisywania (koplowania), objaśniamy sobie możnością pisanja bez obrazów wzrokowych, a jedynie przy pomocy chejrokinetycznego czucia ręki, co najczęściej ma miejsce u ludzi bardzo wprawnych w pisanu.

czytania i pisania (automatyczne działanie ośrodka skojarzeniowego średniego) wyrazy nie są rozumiane, a chory mówi parafatycznie; 2) aleksyę skojarzeniową lub skojarzeniową ślepotę wyrazową (poprzednio zwaną poza korową aleksyę WERNICKE'go) przy zmianach w okolicy *gyri angularis*, gdzie mimo możliwości czytania liter i wyrazów (automatyczne działanie ośrodka skojarzeniowego średniego), wyrazy nie zostają połączone z odpowiednimi wyobrażeniami; 3) niemotę optyczną, polegającą na tem, że chory widzi i poznaje przedmioty, ale nie jest w możności ich nazywać, a dopiero wtedy może wymienić nazwę, kiedy zostanie pobudzona inna okolica zmysłowa kory, a mianowicie dotykowa, węchowa lub słuchowa. Wobec tego, że chorzy tacy mają narząd mowy zupełnie nienaruszony, możemy przyjąć jedynie częściowe zakłócenie skojarzeń między ośrodkiem słownym i wyobrażeniowym, a mianowicie jego składnikiem wzrokowym; 4) ślepotę duchową, charakteryzującą się tem, że chory zatracą większą część swych dawniejszych wyobrażeń pamięciowych, a łącznie z tem zdolność zachowywania w pamięci nowych. Chorzy tacy widzą przedmioty, ale ich nie poznają i nazwać nie mogą, oraz źle orientują się w przestrzeni, ponieważ nie mają porównania odbieranych wrażeń zmysłowych z obrazami pamięciowymi. W lżejszym stopniu ślepoty duchowej pewna część obrazów pamięciowych zostaje zachowana, chorzy mają pojęcie o przedmiocie, a niezdolni są tylko do utożsamiania nowych wrażeń z istniejącymi już w pamięci ⁶⁾. Przy ślepotcie więc duchowej mamy zakłócenie skojarzeń, idących od wszystkich zmysłów do ośrodka wyobrażeniowego, przyczem składniki wzrokowe najwięcej uwydatniają się, jako odgrywające najważniejszą rolę przy urabianiu naszych wyobrażeń i pojęć. Podstawę anatomiczną ślepoty duchowej upatrujemy na zewnętrznej powierzchni płata potylicznego i sąsiadującego z nim zrazu ciemieniowego w obu półkulach.

Ten sam podział odnosimy do niemot amnestycznych (czynnościowych). Wyróżniamy między innemi następujące zmysłowe niemoty amnestyczne: 1) ruchową, o której była mowa powyżej; 2) słuchową, do której należą niemoty GRASHE'ya, dalej przypadki, gdzie osłabienie pamięci zmysłowej słuchowej utrudnia rozumienie wymawianych wyrazów i zdań; 3) aleksyę; tu odnosimy przypadki niemożności czytania wyrazów obok zachowanej możności czytania liter (co zależy od więcej złożonego mechanizmu czytania wyrazów aniżeli liter), przypadki niemożności głośnego czytania pomimo rozumienia czytanego, przypadki, gdzie chory może czytać, ale nie może pisać, to jest utrzymywać w pamięci wyrazu słownego dopóki go nie napisze, wreszcie dysleksyę (rodzaj aleksyi przepuszczającej), charakteryzującą się tem, że z początku chory czyta dobrze, po chwili jednak zjawia się niemożność dalszego czytania.

Do niemot skojarzeniowych czynnościowych ośrodka skojarzeniowego średniego należy niemota ruchowa bez aleksyi i agrafii, o której powyżej była mowa. Wreszcie do niemot skojarzeniowych amnestycznych w ośrodku tylnym odnosimy przypadki, gdzie chory nie może rzeczy przedstawionej sobie w umyśle nadać odpowiedniej nazwy.

⁶⁾ W tej lżejszej postaci ślepota duchowa służy jako najlepszy dowód niezależności ośrodka wyobrażeniowego od aktu mowy, gdyż pomimo zakłócenia skojarzeń, idących od wszystkich zmysłów do ośrodka wyobrażeniowego, czynność mowy (zarówno artykulacja jak i plsmo) nie jest zakłócona.

Oprócz uwzględnienia podanego wyżej podziału niemot, winniśmy jeszcze w każdym konkretnym przypadku zwrócić uwagę na postaci mieszane, gdzie obok pewnej zmiany organicznej możemy mieć objawy czynnościowe, maskujące tylko do pewnego stopnia czysty obraz niemoty organicznej. Pomimo to nie zdaje nam się, abyśmy się mogli spotkać z jakimikolwiek trudnościami, jeżeli przeprowadzimy szczegółowy rozbiór objawów właściwych każdej postaci.

Nie sądzimy bynajmniej, aby akta psychologii mowy oraz nauki o niemocie można było już obecnie zamknąć, od czasu jednak ogólnie prawie przyjętego niegdyś szematu WERNICKE - LICHTHEIM'a bezsprzecznie zrobiliśmy znaczny krok naprzód, stwarzając daleko racjonalniejszą psychologię mowy oraz upraszczając niezmiernie zawikłane i w wielu przypadkach dotychczas zupełnie niezrozumiałe obrazy niemot. Nie ulega wątpliwości, że dopomogła nam do tego praca FLECHSIG'a o ośrodkach skojarzeniowych, które dotychczas zastępowaliśmy jakąś niewiadomą. Dalsze spostrzeżenia kliniczne niemoty łącznie z badaniami pośmiertnymi pozwolą nam może w niedługim czasie usunąć te braki, jakie niewątpliwie jeszcze i dziś nasuwają się w umyśle *).

WYKŁADY KLINICZNE.

DELORME i MIGNON.

O nakłóciu i cięciu osierdzia.

Podał A. LEŚNIEWSKI.

(Ciąg dalszy—Zob. N. 25).

III. Anatomia patologiczna zapaleń osierdzia.

Wysięki w osierdziu bywają surowicze, surowiczo-krwawe, krwawe, surowiczo-ropne i ropne. Wysięk surowiczy i krwawy ścina się bardzo łatwo, dając dużą ilość kłaków włókniaka. Ilość wysięku w osierdziu bywa nader rozmaita; autorzy zalecają dzielić je na: małe 200—300 grm., średnie 300—500 grm. i duże, sięgające ponad 500 gramów. Wysięki ropne bywają równie obfite jak i surowicze. Powtórne gromadzenie się wysięków odbywa się bardzo szybko.

Pod wpływem zbierającego się płynu osierdzie coraz bardziej zyskuje na objętości, przedstawiając się jako duży guz gruszkowaty, szerokim końcem zwrócony ku dołowi, posiadający 20—25 cm. szerokości i 15—20 cm. wysokości. Górna granica owego guza odpowiada międzyżebrowi pierwszemu, podstawa zaś jego leży na wysokości 7-ej chrząstki żeberowej; przednia jego ściana zbliża się ku przedniej ścianie klatki piersiowej. Na prawo szerzy się wówczas osierdzie na 2-3 cm. za brzeg mostka, lecz najbardziej przemieszcza się nazewnątrz lewa granica tego narządu. Listki osierdzia powoli grubieją, a to wskutek nawarstwiania się błon wrzekomych, układających się w najrozmaitszych kierunkach i zabarwionych na żółto, na blado-zielono i nawet na czerwono. Zgrubienie o wo, niekiedy przewyż-

*) Praca ta była wygłoszona na posiedzeniu Warsz. Tow. Lek. w dniu 15 maja r. b,

szające 2 cm. należy mieć w pamięci, przystępując do nakłócia lub cięcia chorego osierdzia. Autorzy w tak zmienionej ścianie rozróżniają 3 warstwy: zewnętrzną, która przedstawia mocno zgrubiałą, właściwą ścianę omawianego narządu, środkową, przedstawiającą już organizowany pokład błon rzekomych, i wewnętrzną warstwę złożoną z błon niezmienionych. Po usunięciu płynu z jamy osierdziowej między tak wyglądającymi ścianami bardzo łatwo powstają zrosty.

Serce zawieszone na naczyniach stale pozostaje na swojej wysokości, odsuwając się jedynie ku tyłowi; pod ciężarem gromadzącego się wysięku opuszcza się przepona wraz z dolną ścianą osierdzia ku dołowi i między tą ostatnią i wierzchołkiem serca powstaje, jak to już wyżej wskazano, przestrzeń przez płyn jedynie zajęta, dokąd należy zawsze narzędzie kierować. Lecz jeżeli serce przyrosło do przedniej ściany osierdzia, wówczas pomimo bardzo obfitego wysięku tony serca i uderzenia wierzchołka stale się spostrzegają i okoliczność ta może spowodować badającemu niemały kłopot. Zapomocą zrostów może być jama osierdziowa podzielona na kilka odosobnionych komór. Bardzo często spostrzegamy przy zapaleniu osierdzia taką samą sprawę chorobową mięśnia sercowego oraz wsierdzia.

Im bardziej zyskuje osierdzie na objętości, tem bardziej narządy otaczające to ostatnie ulegają przemieszczeniu oraz rozmaitym zmianom. Płuca, o ile nie są do osierdzia lub do ściany klatki piersiowej przez zrosty przymocowane, coraz bardziej odsuwają się nazewnątrz i ku tyłowi i mogą być wepchnięte w kąt kręgowo-żebrowy. Pod wpływem ucisku płuco ulega zmianom, doprowadzającym go ostatecznie do splenizacji. Przepona spycha się ku dołowi, mostek i żebra wypuklają się ku przodowi; może dojść nawet do zmian w kręgosłupie.

Obok zapalenia wysiękowego osierdzia często spostrzega się takie same zapalenie opłucny; przeszkadzając zwiększaniu się objętości worka osierdziowego, przyczynia się wysięk opłucnowy do wzrastania ciśnienia wewnątrz tego ostatniego, a więc pośrednio działa szkodliwie na serce.

IV. Zabiegi operacyjne.

Następującymi drogami dochodzono do osierdzia: 1) trepanując mostek, 2) pod dolnym brzegiem chrząstki 7-go żebra, 3) przez jedną z przestrzeni międzyżebrowych, wreszcie 4) poświęcając część szkieletu chrzęstnego.

1) Trepanacja mostka, zabieg w r. 1646 zalecony przez RIOLAN'a, raz tylko była na żywym stosowana. Dokonał jej MALLÉ na młodej dziewczynie z otokiem osierdzia, a to w ten sposób, że trepanował mostek, doszedł do worka osierdziowego, naciął go i po wypuszczeniu 300 grm. cieczy surowiczej założył do rany, sączek. Chora najpierw poprawiła się znacznie, lecz wkrótce zmarła na gruźlicę płuc i jelit.

Trepanacja mostka przy ostrożnem postępowaniu jest zabiegiem łatwym i wdzięcznym; naczynia sutkowe są zdaleka od pola operacyjnego; przed nacięciem osierdzia mamy możność przekonać się o sprawiedliwości naszego rozpoznania. Operacji tej zarzucano, że rana kostna goi się powoli, że może ona pociągnąć za sobą ropienie kości i tkanki łącznej pozamostkowej. Przy obecnem zapatrywaniu się na sprawy chorobowe oraz przy stosowanym obecnie przeciwnilnym względnie bezgnilnym opatrunku zarzuty te nie mają wartości. Jedynie otwarcia jamy opłucnowej zależy obawiać się przy tej operacji.

2) Cięcie nadbrzusze. Myśl o tym zabiegu zrodziła się w głowie LARREY'a przy spostrzeganiu pewnego żołnierza, któremu zadano ranę narzędziem jednocześnie kłojącym i krającym między dolnym brzegiem 7-go żebra lewego

i wyrostkiem mieczykowatym w kierunku ku górze. Po rozszerzeniu rany wypłynęła znaczna ilość płynu surowiczo-krwawego. Wyraźne objawy wysięku osierdziowego znikły, lecz w 4 dni potem zjawily się nanowo. Po powtórnem otworzeniu rany wylało się ze trzy miseczki mętnego płynu. LARREY wprowadził wówczas do rany zgłębnik gumowy w kierunku ku górze, ku tyłowi i na lewo i uczuł miarowe uderzenia. Ten ostatni objaw, stopniowe znikanie zaburzeń sercowych w miarę wypływania cieczy wreszcie odpowiednie doświadczenia na trupie przekonały LARREY'a, że osierdzie było rzeczywiście zranione. Łatwość, z jaką doszedł on tą drogą do osierdzia, zachęciła go do używania jej stale do nacięcia tego narządu.

Operacyi dokonywa się w siedzącym położeniu chorego. Cięcie długie na 8 cm. prowadzi się od miejsca połączenia chrząstki 7-go żebra lewego z mostkiem, wzdłuż dolnego brzegu owej chrząstki. Przecina się skórę, tkankę łączną podskórną, pochwę mięśnia prostego brzucha, sam mięsień, powieź poprzeczną i luźną tkankę łączną tłuszczową, która z każdej strony wyrostka mieczykowatego łączy śródpiersie z tłuszczem podotrzewnowym. Wówczas między przeponą i klatką piersiową dochodzi się do osierdzia.

LARREY zaleca swój zabieg ze względu na łatwość wykonania, na wygodny dostęp do najniższej położonej części worka osierdziowego, tudzież na małą możliwość uszkodzenia mięśnia sercowego. Operacya staje się trudniejsza przy mocno rozciągniętym żołądku; wówczas przepona bywa uniesiona ku górze, przez co trudno jest dotrzeć do osierdzia, natomiast łatwo przeciąć przeponę, a nawet jamę otrzewnową otworzyć. Siedzące położenie chorego ową niepomysłną okoliczność jeszcze bardziej powiększa. Należy tu pamiętać również o bliskiem sąsiedztwie lewej opłucny. Wreszcie otyłość chorego, nacieczenie przesiekowe tkanek stoją na przeszkodzie do łatwego dokonania zabiegu pomienionego.

3) **N a k ł ó c i e o s i e r d z i a.** Wybierając miejsce do tego rękoczynu powodują się jedni stosunkami anatomicznymi danej okolicy, inni natomiast danymi klinicznymi.

Osierdzie odpowiada 2, 3, 4, 5 i 6, a pośrednio i 7-mu lewemu międzyżębrzu; w tych tedy przestrzeniach przeważnie nakłócia dokonywano. Jedni wbijają narzędzie tuż koło brzegu mostka, inni w obawie skaleczenia naczyń sułkowych odступują na 1, 3, 5 i więcej centymetrów od tegoż, zapominając znów o łatwej możliwości uszkodzenia wówczas opłucny lub płuca. Najbardziej zalecają autorzy 4-te międzyżębrze.

ARAN i inni nakłówali w miejscu, gdzie najstąbiej wysłuchiwali tony serca, albowiem sądzili, że tam najmniejsza jest obawa nakłócia owego narządu.

Narzędzi używano rozmaitych: igły od strzykawki PRAVAZ'a, trójgraniców i t. p.

Podług BAIZEAU'a układamy chorego na lewym brzegu łóżka z wysoko uniesioną klatką piersiową. Operator siada z lewej strony chorego. W przednim końcu piętego międzyżębrza robimy poprzeczne cięcie aż do mostka; trójgranic prowadzimy wzdłuż brzegu tego ostatniego przez warstwę mięśniową, dotarłszy zaś do śródpiersia, unosimy rękojeść narzędzia ku górze, a ostry koniec pchamy ku przodowi. Gdy uczujemy miarowe uderzenia, będziemy mieli dowód, że dotykamy narzędziem osierdzia.

Inaczej poczyną DIEULAFOY. Klatkę piersiową chorego zlekka unosi. Igłę wkłówa w 4-em a częściej w 5-ym międzyżębrzu, na 5—6 cm. nazewnątrż od brzegu mostka skośnie od góry i od wewnątrz. Igłę łączy z próżnią przyrządu ssącego, i posuwa ją wgląb, aż do chwili, w której zjawi się płyn w szkiełku. Wówczas

w miarę zwiększania się ilości wypływającej cieczy cofamy igłę przyrządu i w ten sposób zapobiegamy uszkodzeniu mięśnia sercowego.

Wreszcie tak zwany „procédé de ponction conseillé“ polega na następującem. Na lewym brzegu mostka, a więc na 1,5 cm. od środkowej linii ciała, cięciem obnażamy 4, 5 i 6 międzyżebrowa. Igłę przyrządu DIEULAFOY'a wkłuwamy w szóstą przestrzeń międzyżebrową, a gdy ta ostatnia przyrządu nie przepuszcza, to w piątej a nawet w dolno-wewnętrznej części przestrzeni czwartej. Po dojściu do tylnej powierzchni mostka, którego grubość wynosi 8 mm., zewnętrzną część igły mocno odchylamy nazewnątrz, przez co ostry koniec tejże staje prawie równoległy do tylnej powierzchni mostka, i posuwamy igłę w tymże kierunku na 1—2 cm. a następnie kierujemy ów koniec nazewnątrz i ku górze, popychając go łagodnym ruchem tak długo, aż otrzymamy płyn w przyrządzie ssącym. Po wypuszczeniu płynu ranę zaszywamy. Zabieg ten ma na celu ominięcie uchyłku lewej opłucny oraz uniemożliwia skaleczenie serca. Po nakłóciu osierdzia spostrzegać się daje znaczna poprawa stanu chorego, lecz w większości przypadków, szczególnie gdy wysięk składa się z ropy, wkrótce gromadzi się on nanowo, koniecznem staje się wykonanie owego zabiegu po raz wtóry, trzeci i pod tym względem stoi nakłócie daleko niżej od nacięcia. Jeżeli mamy prawo podejrzewać przyrost serca do przedniej ściany osierdzia, również lepiej jest wykonać ten ostatni zabieg. Natomiast zalecić wypadnie nakłócie, jeżeli rozpoznanie wysięku w worku osierdziowem nie jest zupełnie pewne.

4) Cięcie w międzyżebrowu, aczkolwiek niejednokrotnie dokonane, tak było przez rozmaitych operatorów rozmaicie robione, oraz tak niedokładnie przez tychże opisane, że jest rzeczą niemożliwą jakieś ogólniejsze wnioski z przypadków ogłoszonych wyprowadzać. Otwierano bowiem klatkę piersiową i na prawo i na lewo od mostka, następnie w najrozmaitszych międzyżebrowach, w rozmaitej odległości od brzegu mostka, krocząc przeważnie na oślep i niejednokrotnie otwierając zupełnie zdrową opłucnę.

5) Cięcie osierdzia po wycięciu 5 - ej i 6 - ej chrząstki żebrowej lewej (zabieg DELORME-MIGNON'a). Zalety rękoczynu tego określają autorzy w sposób następujący: wykonanie jest łatwe, od początku bowiem do końca pozostaje pod kontrolą oka; daje on znakomity dostęp do najniższej położonej części worka osierdziowego; oszczędza naczynia sutkowe i opłucnę, w przypadku zaśrostu serca z przednią ścianą osierdzia wczesne określenie tej okoliczności uniemożliwia zranienie tego pierwszego. Operację dzielą autorzy na sześć momentów.

1) Na odległości 1 cm. od lewego brzegu mostka i nazewnątrz od tegoż prowadzi się cięcie podłużne od górnego brzegu chrząstki 4-go żebra do dolnego brzegu chrząstki 7-ej, dodając na końcach długie na 2 cm. cięcia poprzeczne.

2) Po przecięciu skóry, tkanki podskórnej oraz włókien dużego mięśnia piersiowego skrobaczką oddzielamy części miękkie od chrząstek i kości, ku wewnątrz przekraczając lewy brzeg mostka, nazewnątrz zaś idąc na dwa poprzeczne palce od cięcia początkowego.

3) Odcinamy 5-tą chrząstkę od mostka, skrobaczką oddzielamy części miękkie od tylnej powierzchni tejże, wreszcie naciskając na nią palcem w odległości 4 cm. od mostka, odchylamy ją nazewnątrz i łamiemy w tem właśnie miejscu. Tak samo postąpimy z chrząstką szóstą.

4) Na całej długości cięcia, pośrodku tegoż przecinamy warstwę mięśni międzyżebrowych i ochrząstnę. Powstaje szpara w klatce piersiowej długości 5—6 cm.,

szerokości 3 cm., przez którą widzimy mięsień trójkątny mostka; na tym ostatnim w odległości 1 cm. ku wewnątrz od brzegu mostka leżą naczynia sutkowe.

5) Oddzielamy od tylnej powierzchni mostka ścięgnięte przyczyny mięśnia trójkątnego najpierw zgłębnikiem, następnie palcem; na wysokości stawu szóstej chrząstki, na odległości 1-ej falangi od brzegu mostka dochodzimy do przedniej powierzchni osierdzia; wówczas paznogciem oddzielamy ją od pokrywającej tkanki luźnej oraz od zdwojonej tu opłucny. Gdy dokładnie spostrzeżemy białą, mętną powierzchnię oraz poprzeczne włókna osierdzia, oddzielamy to ostatnie dalej w kierunku ku górze i nazewnątrz na całej długości rany. W ten sposób odsuwamy nieuszkodzoną opłucną wraz z naczyniami sutkowymi i włóknami mięśnia trójkątnego mostka ku zewnętrznemu brzegowi rany.

6) Ujmujemy szczypczykami osierdzie w dolnej części rany i, uniósłszy, nacinamy; przez otwór wprowadzamy zgłębnik rowkowany w kierunku ku górze i nożyczkami rozcinamy ścianę worka, idąc po zgłębniku, na przestrzeni 2,5 cm.

Jeżeli zachodzi potrzeba otworzenia osierdzia na większej przestrzeni, wycinamy i część 4-ej chrząstki i po odsunięciu brzegu opłucny przedłużamy cięcie w ścianie osierdzia ku górze; może ono dosięgać 7 cm.

Co się tyczy znieczulenia podczas operacji, radzą autorzy stosować środki działające miejscowo, jako to: kokainę, środki zamrażające.

Aczkolwiek LARREY doradzał sadzać chorego podczas dokonywania zabiegów na osierdziu, mając na celu zebranie płynu w kacie, utworzonym przez serce u góry, przeponę u dołu, a osierdzie od przodu, to jednak wolą autorzy położenie leżące, gdyż jest ono dla operującego najdogodniejsze, a operowanego najbardziej zabezpiecza od nagłej *syncope*.

Po przecięciu osierdzia zakładamy do jamy tegoż 1 lub 2 sączki, grube na 1 cm.; z łatwością idą one wgląd na 5 cm.; dla łączniejszego umocowania przyszywamy je do skóry. Takie sączki znoszone są bardzo dobrze.

(D. n.).

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

77. KRAUSE. **O leczeniu garbu metodą Callot'a.** Na posiedzeniu Hamburskiego towarzystwa lekarskiego w dniu 25 maja r. b. przedstawił KRAUSE dwóch chorych po operacji CALLOT'a. Dziewczynka sześciolletnia zachorowała na zapalenie kręgów przed dwoma i pół laty. W rok później utworzył się wielki garb w okolicy pierwszego, drugiego i trzeciego kręgu lędźwiowego. Ropień opadowy powstał z prawej strony miednicy. Po wyleczeniu ropnia pozostała tylko długa przetoka. W kwietniu r. b. garb utracił zupełnie dawną wrażliwość na ucisk. 14 maja po uśpieniu chorej dokonano wyprostowania garbu. Z początku udało się bardzo łatwo przez prosty ucisk zmniejszyć zniekształcenie, później jednakże należało stosować ucisk stopniowo wzrastający, który sięgał w końcu najwyższych granic. Dwa razy podczas tych zabiegów K. czuł zupełnie wyraźnie rozerwanie tkanki włóknistej. Po upływie $\frac{3}{4}$ godziny garb znikł prawie zupełnie. Tylko drugi krąg lędźwiowy wystawał w kształcie wzniesienia wysokości jednego centymetra. Później ma autor zamiar tę wystającą część wyrostka ciernistego odbić dłutem. Przy nakładaniu opatrunku K. stosuje też blachę żelazną szerokości kilku palców, aby zapobiedz złamaniu opatrunku. Cały zabieg trwał $1\frac{1}{2}$ godziny. Bóle po opera-

cyi były bardzo małe. Dziecko podniosło się z łóżka na trzeci dzień i chodziło prowadzone za rękę.

Drugi chory, dziesięcioletni chłopiec, od roku uskarżał się na ból w grzbiecie. Później utworzył się garb średniej wielkości z wierzchołkiem na 9 kręgu piersiowym. Po ustąpieniu objawów zapalnych dokonano wyprostowania garbu dnia 21 maja r. b. W tym razie też czuć było z początku rozrywanie mas włóknistych. We 20 minut usunięto garb do tego stopnia, iż pozostał tylko maleńki koniec wzrostka ciernistego dziewiątego kręgu piersiowego. Czwartego dnia po operacji chłopiec wstał z łóżka i chodził bez żadnej pomocy.

W rozprawach, jakie się wywiązały, KUEMMELL ostrzegał przed zbyt gwałtownym wyprostowywaniem garbu. W jednym przypadku dziecko było w stanie śpiączki (*coma*) w ciągu trzech dni po operacji, później jednakże zносиło zupełnie dobrze opatrunek gipsowy. KUEMMELL wspomina, iż według doniesienia HOFFY CALLOT nie osiągnął jeszcze ani jednego zupełnego wyleczenia.

(*Münch. med. Wochensh.* Nr. 22. 1897). Antoni Lesnobrodzki.

78 J. v. BOKAY. Wyniki leczenia błonicy surowicą swoistą w peszteńskim szpitalu dla dzieci „Stefanie“. Praca niniejsza, na danych statystycznych oparta, ma niepoślednią wartość ze względu na dokładność znacznej liczby spostrzeżeń. WELCH zebrał w literaturze 4294 przypadków błonicy, leczonych surowicą swoistą, z nich zmarło 784 (18,3%), z 3127 nie operowanych zmarło 350 (11,2%), zaś z 1167 operowanych zmarło 434 (37,2%).

Szczegółnej wyrazistości nabierają te liczby w porównaniu z danymi z lat przedsurowiczych. Nawet najbardziej ciężkie przypadki zwężenia krtani przebiegają pod wpływem surowicy przeciwbłonicy łagodniej.

BOKAY spostrzegał w przeciągu 16 miesięcy 402 przypadki błonicy, z których 109 (27%) zmarło. Odliczywszy 23 zmarłych przed upływem doby po przyjęciu do szpitala, otrzymamy 22½%. Z 251 nie operowanych zmarło 33 t. j. 13%, a z 151 operowanych zmarło 76 czyli 50%.

Pod względem bakteryologicznym zbadano 393 przypadki i tylko w 23-ch nie znaleziono lasecznika LOEFFLER'a, w przeważnej zaś większości przypadków znajdowano oprócz laseczników błonicych gronkowce w dużej ilości, paciorkowce niezmiernie rzadko; kolonie ich nader bujnie rozwijały się właśnie w tych hodowlach, które dawały wynik ujemny na laseczniki LOEFFLER'a. Widywano również w niewielkiej ilości małe dwuziarniaki i duże bakterie, podobne do gronkowców. Związku pomiędzy tymi tworami a natężeniem i rozległością sprawy błonicy nie można było wykazać. Nieznaczna odsetka (5%) wyników ujemnych badania bakteryologicznego tłumaczy się tem, że przyjmowano do szpitala jedynie niewątpliwie przypadki błonicy lub takie, w których uprzednio dokonane badanie bakteryologiczne potwierdzało rozpoznanie.

Najczęściej, 41 razy, przyczyną zejścia niepomysłnego było zapalenie płuc nieżyłowe, twierdzenie przeto, jakoby zapalenie to powodowane było przez bezpośrednie wtargnięcie laseczników błonicy do pęcherzyków płucnych jest niesłuszne, surowica bowiem usuwałaby je wraz z błonicą. Tylko dwa razy spostrzegano jako przyczynę zejścia śmiertelnego gruźlicę prosówkową, co widocznie przemawia przeciwko twierdzeniu BENDY, że surowica wywołuje tę postać gruźlicy.

Nigdy nie zauważono przy błonicy jamy gardzieliowej szybkiego odpadania błon, natomiast wysięk włóknikowy widocznie ograniczał się i zmniejszał stopniowo, z szaro-brudnego stawał się białawym i powoli znikał.

Białkomocz zauważono 184 razy t. j. w 46%; 83 razy ilość białka była nieznaczna, 56 razy umiarkowana, 45 razy obfita. Niepodobna wykazać związku między

stopniem i trwaniem białkomoczu a ilością zastosowanej surowicy. W czasach przedsurowicznych spostrzegał BAGINSKY na 993 przypadków błonicy 417 razy białkomocz, w tem 256 wyraźnych przypadków zapalenia nerek, po stosowaniu zaś surowicy na 525 było 215 przypadków białkomoczu (i 66 istotnych zapaleń nerek). Porażenia po błonicy spostrzegano 39 razy (9,7%), lecz tak ciężkich porażeń, jakie miały miejsce w czasach przedsurowicznych, nie było ani razu. Ilościowo odsetka porażeń pobłonniczych nie różni się od czasów przedsurowicznych, dla których BAGINSKY podaje 6,8%, ROGER 16%, SANNÉ 11%, teraz BAGINSKY spostrzega 5%, SOLT-MANN 10%, HEUBNER 12%. 9 razy spostrzegał B. porażenie serca. Wysypki następce wystąpiły 91 razy (22%), przeważnie między 7 a 10 dniem i trwały 1—3 dni.

Autor dochodzi do wniosku, że należy w każdym podejrzanym przypadku błonicy zastrzykiwać surowicę i nie czekać na potwierdzenie rozpoznania drogą badania bakteriologicznego, albowiem im wcześniej stosuje się surowicę, tem lepsze otrzymuje się wyniki.

(*Jahrbuch für Kinderheilkunde 1896. T. XLIV. Zeszyt 2*).

M. Kraushar.

79. E. MENDEL. **Uraz a wiałd i wieloogniskowe zapalenie rdzenia.** Związek przyczynowy między urazem a różnemi cierpieniami układu nerwowego posiada ważne znaczenie nie tylko teoretyczne, lecz i praktyczne ze względu na prawodawstwo, dotyczące się ubezpieczeń życiowych. M. rozpatruje tym razem tylko dwa cierpienia w nagłówku wymienione. Co do wiałdu, to sprawa ta posiada już dość obfitą literaturę, a jednak rozstrzygnięta dotąd nie jest. HITZIG w obszernej monografii twierdzi, uwzględniając dane z literatury, że istnieją niewątpliwe przypadki wiałdu, w których niepodobna przyjąć innego momentu przyczynowego, jak uraz. Natomiast większość autorów sądzi, że wpływ urazu jako momentu przyczynowego w powstawaniu wiałdu zupełnie nie jest dowiedziony, że raczej uraz powoduje tylko szybszy rozwój poprzednio już istniejącego cierpienia, albo też wpływa na umiejscowienie pierwszych objawów wiałdu. Zdanie to podziela M. Z 9 spostrzeganych przez siebie przypadków wiałd w 7 istniał już przed urazem. Z dwóch innych, których historię szczegółowo podaje, w jednym było zarażenie przymiotem na 3 lata przed oderwaniem prawej nogi (granat w czasie wojny); pierwsze objawy wiałdu wystąpiły w trzy lata po urazie. W drugim przypadku przed urazem (upadek ze znacznej wysokości) chory nadużywał wyskoku w znacznym stopniu, co także mogło działać jako moment przyczynowy. Wobec tego, a także opierając się na odpowiednich danych z literatury, M. sądzi, że niema dotąd faktów, stwierdzających związek przyczynowy między urazem a wiałdem. Natomiast uraz może przyspieszyć rozwój poprzednio istniejącego cierpienia, tem bardziej, że warunki zewnętrzne, zależne od urazu (leżenie w łóżku przez czas dłuższy), wywierają ważny wpływ w tym kierunku. Inaczej rzecz się ma z zapaleniem rdzenia wieloogniskowem. Od czasu, kiedy LEUBE (1871) pierwszy w Niemczech opisał przypadek wieloogniskowego zapalenia rdzenia w następstwie urazu, zebrano 24 przypadki, w których cierpienie rdzenia zawdzięczało swe pochodzenie wyłącznie urazowi.

Do liczby powyższej M. dołącza z własnego spostrzeżenia 4 nowe przypadki, których historię podaje. Cierpienie występowało dość wcześnie, w ciągu dwóch—kilku miesięcy, a niekiedy początkowo w postaci objawów i skarg nieokreślonych, które przyjmowano pierwsiastkowo za histeryczne, później zaś ujawniał się typowy obraz *scleros. multipl.* Tak więc w stosunku do urazu, jako do przyczyny, wiałd i zapalenie rdzenia wieloogniskowe zachowują się odmiennie. Różnicę tę sprowadzić należy do zmian anatomicznych w obu cierpieniach. Cokolwiek możemy sądzić o punkcie wyjścia sprawy w wiałdzie, istnieje prawie powszechna zgoda, że

jestto pierwotna sprawa zwyrodnienia, obejmująca przedewszystkiem sferę czuciową (neuron czuciowy). Wydaje się przeto *à priori* wątpliwem, dlaczego uraz, wstrząsający całym układem nerwowym, miałby wyłącznie ograniczyć się do korzeni lub pęczków tylnych i nie dotknąć zupełnie innych części rdzenia. Co innego spotykamy w *scler. dissem.* Wprawdzie dotąd niema zupełnej zgody wśród autorów, jaki jest anatomiczny punkt wyjścia tego cierpienia, czy zmiany sklerotyczne w naczyniach, czy w neuroglii, czy też w istocie nerwowej, większość jednakże skłania się ku zdaniu, że pierwotne są zaburzenia w krążeniu; przynajmniej w znacznej liczbie przypadków ma to miejsce.

Wobec tego nie trudno zgodzić się, że istotnie uraz może wywołać zaburzenia w krążeniu układu ośrodkowego i w ten sposób być bodźcem dla rozwoju zmian sklerotycznych. Lecz nie każdy przypadek, nie każdy uraz pociąga za sobą takie następstwa. Należy przeto przyjąć nadto pewne usposobienie, które może być odziedziczone. Owo dziedzictwo, według ZIEGLER'a, polega na nadmiernym rozroście neuroglii, co hamuje rozwój tkanki nerwowej. Zaczynając od tych „źle utworzonych“ („missgebildete“) miejsc, neuroglia zaczyna bujać i w dalszym przebiegu. W ten sposób może powstawać wieloogniskowe zapalenie rdzenia. Że usposobienie do tego cierpienia może być odziedziczone, dowodzą przypadki, w których wielu członków jednej rodziny, nawet w wieku dziecięcym, zapada na tę chorobę.

(*Deut. Med. Woch.* 1897 N. 7).

W. Męczkowski.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 21 kwietnia r. b.

TREŚĆ. 1) NEUGEBAUER — Przedstawienie t. zw. „Vogelkopfknahe“. 2) PRUSZYŃSKI — Zarazek dżumy. 3) ARNSTEIN — O losie chorych, którzy przebywali t. zw. samolstne zapalenie płucny.

1) Kol. NEUGEBAUER przedstawił 16-letniego chłopca, będącego jedynym w swoim rodzaju okazem. Chłopiec ten, nazwiskiem Dobos Janos, jest synem wieśniaczej rodziny węgierskiej. Przy urodzeniu ważył 0,5 kilo, dziś zaś waży 17,0 kilo, mając wysokości 110 zaledwie centymetrów. Przy zachowanych stosunkach ciała ma on niezwykle małą czaszkę, której wymiary wynoszą: dwuskroniowy 8 cm. dwuciemieniowy 10 cm., podłużny 13 cm., od ciemienia zaś do podbródka 17 cm.; nie jest to przeto mikrocefal, ale raczej dolichocefal. Potworność tego rodzaju pierwszy raz jest spostrzegana i VIRCHOW zaleca na oznaczenie jej nazwę *nanno-mikrocephalus*. Chłopiec jest pod względem fizycznym zbudowany prawidłowo i nie przedstawia żadnej wady ustrojowej; narządy płciowe rozwinięte, zmały odbywają się od 14-go roku życia; pod względem umysłowym jest on stosunkowo dosyć rozwinięty, w każdym razie nie jest idyotą, jak wogóle mikrocefale. Obwożony po świecie przez impresaryja, jest on okazywany w „muzeach osobliwości“ pod nazwą „Vogelkopfknahe“.

2) Kol. PRUSZYŃSKI podzielił się ze słuchaczami wynikami swych badań nad zarazkiem dżumy, przedstawivszy także hodowle laseczników dżumy oraz preparaty drobnowidzowe z tkanek myszy zadżumionych. Pasorzyt dżumy jest wielopostaciowy, najcharakterystyczniejszą wszakże jego postacią jest krótki lasecznik, z wyraźnie barwiącymi się końcami i niezabarwioną przestrzenią pośrodku. Lasecznik ten najlepiej się barwi fuksyną karbolową lub błękitem metylenowym po

uprzedniem działaniu 5% roztworu kwasu karbolowego; preparaty tkankowe najdogodniej jest barwić tioniną, przy czem otrzymuje się zabarwienie pasorzytów czerwone na tle niebieskiem. Na bulionie hodowle już po upływie doby przedstawiają się w postaci grudek przy ścianach i na dnie próbówki; wyborne podłoże stanowi kartofel zalkalizowany roztworem ługu potasowego 0,01%; przez dodanie do bulionu cukru w stosunku 1% wyhodowuje się słabsza odmiana lasecznika, który jest wtedy dłuższy i cieńszy od lasecznika o wysokich własnościach zakaźnych. W tkankach myszy zakażonych prelegent wykrył pasorzyta w bardzo wielkiej ilości w drobnych naczyniach. Kol. PRUSZYŃSKI w końcu wypowiedział przekonanie, do którego doszedł na zasadzie swych badań, że laseczники dżumy zawierają duże ilości istoty śluzowej, podobnej do t. zw. *thierisches Gummi*, w rodzaju otrzymanej przez M. NENCKIEGO z laseczników węglika antrakoproteiny.

3) Kol. ARNSTEIN wygłosił odczyt p. t. „O losie chorych, którzy przechodzili t. zw. samoistne zapalenie opłucny (*pleuritis idiopathica, pleuritis a frigore*)“. Wobec wyników licznych badań, dokonanych w najnowszych czasach nad wysiękami zapalnymi opłucny (WEICHELBAUM, FRAENKEL, NETTER, LEWI, JAKOWSKI i in.), i stwierdzających stanowczo pasorzytnicze pochodzenie wszelkiego rodzaju jej zapaleń. LANDOUZY w roku 1882 wypowiedział pogląd, że każde takie zapalenie jest objawem zakażenia gruźliczego, jest zapaleniem gruźliczem. Sprawa ta dotychczas nie jest stanowczo rozstrzygnięta, wszelako twierdzenie LANDOUZY'ego, wydało się prelegentowi przesadzone i dlatego zaczął zwracać w ciągu ostatnich kilkunastu lat baczna uwagę na spotykane przez siebie przypadki t. zw. samoistnego zapalenia opłucny i pilnie zbierać dane, dotyczące chorych, którzy je przebywali. Materiał kol. ARNSTEINA stanowi 67 przypadków, spostrzeganych w ciągu ostatnich lat 12-tu, u ludzi przedtem zupełnie zdrowych, u których najdokładniejsze badanie nie wykrywało ani zmian zapalnych w płucach, ani też żadnych objawów, któreby zależeć mogły od zajęcia gruźliczego wierzchołków płucnych. Z tych 67 przypadków gruźlica wywiązała się w następstwie w 14 (21%), z tych zaś 4 zakończyły się śmiercią. Wnioski, do jakich dochodzi kol. ARNSTEIN, są następujące: 1) samoistne zapalenie opłucny niewątpliwie istnieje jako odrębna postać chorobowa; 2) samoistne zapalenie opłucny nie jest ani wyłącznie ani przeważnie zapaleniem gruźliczem; 3) w pewnej tylko liczbie przypadków samoistnego zapalenia opłucny rozwija się w następstwie gruźlica płuc; 4) samoistne zapalenie opłucny wywoływane bywa przez różne pasorzyty (bakterye ropotwórcze, laseczники gruźlicze i t. d.), najczęściej jednak przez pneumokoki FRAENKEL'a; prawdopodobny jest także udział w jego powstawaniu nieznanego nam dotychczas zarazka gościcowego; 5) samoistne zapalenie opłucny kończy się w większości przypadków zupełnem wyzdrowieniem.

Z powodu poruszonego tematu zabiera głos naprzód kol. SOKOŁOWSKI, który z liczby spostrzeganych przez siebie w ciągu lat sześciu, t. j. od 1885 do 1890 r. włącznie, 9750 chorych, u 78 zanotował samoistne zapalenie opłucny; z tej liczby u 49 wynik niewiadomy, 14 jest zdrowych, u 10 rozwinęła się gruźlica płuc, 5 zaś zmarło z powodu ciężkiego przebiegu zapalenia opłucny; z drugiej strony kol. SOKOŁOWSKI zaznaczył, że np. na zasadzie jego spostrzeżeń w 200 przypadkach gruźlicy płuc zaledwie w 7 można było wykazać przebyte uprzednio ostre cierpienie opłucny. Swoją drogą i gruźlica opłucny, jako sprawa miejscowa, może zakończyć się wyzdrowieniem. Bądź co bądź jednak kol. SOKOŁOWSKI zgadza się z prelegentem, że los chorych, którzy przebywali samoistne zapalenie opłucny, nie jest tak smutny, jakim chce go widzieć szkoła francuska z LANDOUZY'm na czele.

Prof. BARANOWSKI robi uwagę, że związek gruźlicy z zapaleniem opłucny jest podwójny: po pierwsze obecność gruzełków na opłucznej zmniejsza jej odporność

i usposabia do zapalenia; powtórę jeśli po zapaleniu opłucny powstają zrosty, to te zmniejszają sprawność fizyologiczną płuca i czynią je podatnem do rozwoju gruźlicy. Spostrzeganie choćby dłuższe nie może o związku takim rozstrzygać, bo o ile z jednej strony obecność gruźleń w ustroju może nie zdradzać się żadnymi objawami, o tyle z drugiej zapalenie opłucny jest cierpieniem nadzwyczaj częstem, czego dowodzą tak często spotykane przy oględzinach pośmiertnych zrosty opłucny. Jest wszelako jedna postać zapalenia opłucny, mianowicie *pleuritis haemorrhagica*, kończąca się zazwyczaj śmiercią.

Kol. Edw. ZIELIŃSKI z powodu wzmianki uczynionej o częstości spotykanych na stole sekcyjnym zrostów opłucny oraz wobec stosunkowej rzadkości spostrzeganych za życia jej zapaleń, robi uwagę, że zrosty te, spotykane rzeczywiście niezmiernie często, gdyż niemal w 9-iu przypadkach na 10, nie zawsze jednakże są wynikiem spraw zapalnych; częstokroć są one następstwem tego, że przy każdej ciężkiej chorobie, przykuwającej osobnika na czas dłuższy do łóżka, skutkiem unieruchomienia płuc, przy słabej zwłaszcza czynności serca, następuje zastoina a nawet wysięk w postaci cienkiej błonki, mogący się następnie organizować. Zrosty przeto takie mogą się spotykać nawet bez śladów gruźlicy płuc i odwrotnie: przy gruźlicy prosówkowej nigdy, a przy suchotach galopujących bardzo często nie znajdujemy zrostów opłucny.

Co do zapalenia krwotocznego zaznacza jeszcze kol. SOKOŁOWSKI, że niezawsze kończy się ono śmiercią, lubo przy niem zawsze przypuszczamy gruźlicę lub nowotwór. Robi on nadto uwagę, że czasami nakłócie próbne wykazuje wysięk krwotoczny, którego w rzeczywistości niema; pochodzi to stąd, że przy ukłóciu wysokiem możemy łatwo zranić bogato ukrwioną błonę wrzekomą; stąd wniosek, że ukłócie próbne wykonywać należy nie w jednym tylko miejscu i nie wysoko, lecz w dolnych częściach jamy opłucny.

Prof. BARANOWSKI dodaje, że nieraz właściwości samego ustroju usposabiają do nadania wysiękowi charakteru krwotocznego, mimo że niema ani gruźlicy ani nowotworu.

Kol. Edw. ZIELIŃSKI uważałby uwagę kol. SOKOŁOWSKIEGO za słuszną dopiero wtedy, kiedy badanie drobnowidzowe wykazałoby, że płyn krwawy, otrzymany przy ukłóciu próbnym, pochodzi nie z płuca ani błony wrzekomej, lecz z opłucny.

Kol. ARNSTEIN dodaje jeszcze, że najlepszym dowodem, jak wogóle niekorzystną opinią cieszy się zapalenie opłucny, jest fakt, że towarzystwa ubezpieczeń na życie odmawiają przyjęcia do ubezpieczenia osobnikom, którzy przebywali je byli niegdyś. Co do sprawy zasadniczej, to stanowczego jej rozstrzygnięcia można będzie oczekiwać dopiero po przeprowadzeniu całego szeregu badań bakteriologicznych.

O ruchu chorych w szpitalu Zapasowym za m. maj r. b.

Pozostało z ubiegłego miesiąca chorych 58 (m. 30, k. 28); przybyło w maju 77 (m. 30, k. 47); wypisało się 78 (m. 35, k. 43); zmarło 16 (m. 7, k. 9); pozostało na miesiąc następny chorych 41 (m. 18, k. 23).

Ogólna liczba chorych była takąż sama, jak w miesiącu kwietniu. Prócz ospy, której było dwa razy mniej, niż w miesiącu ubiegłym, wszystkie inne choroby zakaźne występowały w takiej samej liczbie, jak w miesiącu ubiegłym. Wyższa niż zwykle śmiertelność zależy od tego, że do szpitala przyjęto kilku chorych z chorobami niezakaźnymi w stanie prawie umierającym.

Najlichnieszą rubrykę chorych stanowił tyfus wysypkowy, który w dalszym ciągu co raz częściej się spotyka; zanotowaliśmy przypadków 13 (m. 8, k. 5); z przebiegiem dosyć ciężkim, z powikłaniami ropnemi. Śmiercią zakończyły się 4 przypadki, (m. 2, k. 2). Chorzy pochodzili z następujących ulic i domów: Wronia 33, Grodzieńska 25 (2 przybadki) i 27, Kacza 16, Solec 93 (3 przypadki), Wilcza 20, Stawki 71, oraz wieś: Jeziorna i Liszcydół.

Więcej również niż w ubiegłym miesiącu mieliśmy płonicy, przypadków 10 (m. 3, k. 7), przeważnie u dzieci, z przebiegiem niezbyt ciężkim; 2 z tych przypadków zakończyły się niepomyslnie. Chorzy pochodzili z następujących ulic: Nowy Zjazd 3, Belwederska 13, Erywańska 7, Nowy Świat 48, Rybaki 29, Widok 25, Wielka 33, Dzielna 38, więzienie na Pradze i wieś Popowo.

Mniej nieco niż w ubiegłym miesiącu mieliśmy róż: przypadków 10 (m. 2, k. 8), wszystkie pomyslnie zakończone. Chorzy pochodzili z ulic: Koszykowa 17, Wróbla 8, Nowolipki 56 i 32, Furmańska 14, Bielańska 10, Piękna 21, Marszałkowska 105.

Na zaznaczenie zasługuje znaczne zmniejszenie się ospy, która od dłuższego czasu najlichnieszą stanowiła rubrykę w naszym szpitalu. Mieliśmy tylko przypadków 8 (m. 6, k. 2). Dwa przypadki zakończyły się niepomyslnie u chorych nieszczepionych. Chorzy pochodzili z ulic: Plac Św. Aleksandra 9, Biała 8, Kościelna 13, Złota 33, Dobra 37, Piaskowa 3, oraz wieś: Maciejewice i Nowe Brudno.

W jednej mierze trzymała się odra. Zanotowaliśmy przypadków 6 (m. 4, k. 2) przeważnie u dorosłych z przebiegiem pomyslnym, z ulic: Mińska 11, Kotzebue 10, Plac Warecki 3, Nowogrodzka 33, Wilcza 53.

Z innych chorób zakaźnych mieliśmy 4 przypadki błonicy gardzieli (Wilcza 42, Kępna 7, Moskiewska 15) z jednym śmiertelnym, 4 przypadki dławca (Tarczyńska 9, Grzybowska 22, Petersburska 10, Piwna 10), z których 2 z zejściem niepomyslnem, wreszcie trzy przypadki zapalenia gardła, oraz po 2 przypadki: biegunki krwawej, zapalenia płuc włóknikowego i choleryny.

Z niewłaściwie do nas skierowanych chorych mieliśmy po 3 przypadki nieżyty płuc i żołądka, oraz po jednym: zapalenia naczyń chłonnych, tkanki łącznej podskórnej, padaczki, krwotoku mózgowego oraz uwiadu starczego.

Biletów odmownych chorym nie kwalifikującym się do szpitala Zapasowego wydano 8 (m. 4, k. 4).

Rewakcynacyi w miesiącu ubiegłym dokonano 68 (m. 30, 39)

J. Sz wajcer.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= **DEPASSE** opisuje ciekawy przypadek trzydniowego trwania wysokiej gorączki u 16-miesięcznego dziecka w przebiegu płonicy. Pomimo zabiegów wodołeczniczych, stosowania antypiryny i chininy ciepłota ciała trzymała się nieprzerwanie na wysokości 42° C, a począwszy od 4-go dnia spadła *per lysin*. Dziecko wyzdrowiało. (Centr. f. innere Med. 1896. Nr. 48).

= **MUELLER** spostrzegł przypadek zapalenia płuc zakończony po kilku przełomach rzekomych śmiercią. W płwocinie wykryto lasecznika, podobnego do *b. coli comm.*, obdarzonego własnością wydzielania siarkowodoru. (Centr. f. inn. Med. 1896. Nr. 26).

= **MONCORVO** stosował u 59 dzieci analgen. 38 chorowało na zimnicę. Dawał im 0,25—0,3 w proszku lub w roz-

tworze dziennie i jest zdania, że analgen zastąpić może niechętnie przez dzieci braną chininę. W trzech przypadkach gruźlicy prosówkowej analgen spowodował znaczne obniżenie ciepłoty ciała. Przy zapaleniach stawów ból się zmniejszał i gorączka opadała. (Ther. Woch. 1896. Nr. 46).

= TRUMPP zestawiał 29 przypadków zapalenia pęcherza u małych dzieci. Zapalenie to wywoływane bywa przez lasecznika okrężnicy (wyłączone tu są wszystkie przypadki wywołane przez kamienie i katetyzacyę); przypadki podzielić można na lekkie i ciężkie. Cierpienie bywa często przeoczane, trudno bowiem zebrać mocz u ssawca. Przy leczeniu zaleca T. lizol. Wyniki pracy można streścić, jak następuje: 1) Zapalenie pęcherza wywołane przez lasecznika okrężnicy nie jest bynajmniej cierpieniem tak rzadkiem u małych dzieci, jak to powszechnie sądzą. 2) Znacznie częściej chorują dziewczynki zapewne wskutek łatwego zakażenia z pochwy; ponieważ choroba zdarza się i u chłopców i jest pospolicie współczesna z *enteritis follicularis*, należy uznać, że *b. coli* dostaje się do pęcherza z przewodu pokarmowego. 3) Choroba prowadzi niekiedy do ciężkich objawów i przechodzi na moczowody, miedniczkę i nerki. (Münch. med. Woch. 1896. Nr. 42).

= PLEHN spostrzegał, że zakażenia przyranne zdarzają się u murzynów wyjątkowo rzadko; nawet zaniebane i ciężkie rany goją się u murzynów szybciej, niż u białych. P. przypuszcza, że ustrój murzynów jest odporniejszy i że w Kamerunie mniej jest zarazków wywołujących zakażenia przyranne. (Centr. f. Bakt. XX. Nr. 25).

= GALLI-VALERIO, wyosobnił lasecznika przy biegunce krwawej u ludzi, podobnego do *b. coli* i stanowiącego zapewne jego odmianę. G. uważa go za przyczynę choroby; pasorzyt wywołuje biegunkę u psów i kur. Wprowadzając go pod skórę, można psy zupełnie uodpornić przeciw chorobie, a surowica ich wykazuje wtedy własności ochronne. (Centr. f. Bakt. XX. Nr. 25).

= BROTTA czynił doświadczenia nad zarodnikami węglików w przewodzie pokarmowym psów (jak wiadomo niewrażliwych na węglík). We 30—35 godzin po spożyciu przez nie śledziony wołowej zawierającej dużo laseczników wykazano w kale laseczniki obdarzone zwykłą jadowitością. W przewodzie pokarmo-

wym mogą się tworzyć zarodniki. Kawałki kału przechowywane przez 5 miesięcy jeszcze zawierały zarazki jadowite. Wynika stąd, że psy bardzo łatwo, pożerając resztki zwierząt padłych na węglík, mogą swym kałem roznosić zarazę. (Centr. f. Bakt. XX. Nr. 25).

= STARCK stosował *digitoxinum cryst.* zamiast naparstnicy w 14-tu przypadkach. Przy zmianach chorobowych na zastawkach (10 przypadków) środek ten działał również dobrze, jak i naparstnica; w jednym przypadku zwyrodnienia mięśnia sercowego digitoksyna działała dobrze, gdy wszelkie inne środki zawodziły; przy miażdżycy naczyń środek ten działał lepiej, niż napar naparstnicy. Dawka wynosi 0,00025 dwa razy dziennie, ogólna zaś nie powinna przekraczać 0,0025. Środek ten jest wogóle dobrze znoszony, należy jednak zwracać uwagę na tętno chorego. (Münch. med. Woch. N. 4. 97).

= Prof. DUEHRING badał przymiot u mieszkańców Małej Azji, dokąd choroba ta zawleczona została dopiero przed 60—70-letni laty i doszedł do wniosków, następujących: choroba jest znacznie złośliwsza, niż w Europie objawy oddzielne są ciężkie i bardzo wczesnie występują objawy trzeciorzędne; zdrowo narodzone dzieci rodziców przymiotowych nie są odporne przeciw zarazkowi; dziedziczenie przymiotu w trzecim pokoleniu nie należy bynajmniej do przypadków rzadkich; przy zarażeniu przymiotem występuje w przypadkach ciężkich i zatrucie ustroju, czego wyrazem są objawy ogólne, jak gorączka, małokrwistość, ból głowy, wycieńczenie. (Dtsch. med. Woch. N. 13. 97).

= Wśród 438-iu chorych, poddanych działaniu promieni RÖNTGEN'a, u dwóch tylko spostrzegał FORSTER wypadanie włosów, pozbawionych jednak cebulki, która pozostawała w woreczku włosowym. Chorzy ci przebyli kilka półgodzinnych posiedzeń, autor zatem sądzi, że zachodzi tu sumaryczne działanie promieni. (Dtsch. med. Woch. 11. II. 1897).

= MEURISSE i DASSONVILLE przekonali się w klinice COMBEMALE'a o skuteczności szatwii jako środka przeciwpotnego. Dawka wynosi 30—50 kropli nalewki alkoholowej (500,0 alkoholu 60° na 100,0 liści i kwiatów), zażywana bywa na dwie godziny przed zwykłym czasem występowania potów, gdyż w takim czasie po zażyciu wywiera skutek.

Żadnych ubocznych przykrych objawów środek ten nie wywołuje. (Echo méd. 11. IV. 97).

— ABEL zaleca ergotynol zamiast ergotyny, jest to bowiem środek bardzo trwały i działający niezawodnie; w celu

zmniejszenia bolesności w miejscu ukłócia należy dodać nieco kokainy lub morfiny. Dawka ergotynolu (POSSWINCKEL'a) wynosi jedną strzykawkę PRAWAZ'a, co się równa 0,5 wyciągu sporyszu. (Berl. klin. Woch. Nr. 22. II. 97).

Wiadomości bieżące.

— Od Zarządu Towarzystwa doraźnej pomocy lekarskiej w Warszawie otrzymaliśmy odezwę następującą: Otwierając w lipcu r. b. stację ratunkową w tatarsalu na Ordynackiem, upraszamy za Twojem pośrednictwem kolegów o łaskawe zapisywanie się na członków Towarzystwa. Według § 4, 6, 7 i 8 ustawy naszego Towarzystwa, drukowanej w całości w Zeszycie 8-ym „Kroniki Lekarskiej”, istnieją 3 kategorie członków: honorowych i protektorów (wnoszących jednorazowo rs. 1000), zwyczajnych (składka jednorazowa rs. 100, lub rocznie rs. 5) i czynnych, którymi mogą być tylko lekarze. Lekarze, którzy czynny udział w pracy Towarzystwa przyjmują, składki nie opłacają. Wobec czysto filantropijnego celu i rzeczywistej potrzeby stacji mamy nadzieję, że zarówno pismo Szanownego Kolegi jak i Koledzy nie poskąpią nam poparcia. W tej nadziei upraszamy Kolegów o łaskawe zapisywanie się na członków Towarzystwa. Zapisy przyjmują członkowie zarządu, lekarze, mianowicie, wiceprezes prof. J. KOSIŃSKI, kol. W. STANKIEWICZ, R. JASIŃSKI (inspektor stacji), W. SZTEYNER, oraz Józef ZAWADZKI (sekretarz zarządu). Prosząc o zamieszczenie powyższej odezwy w Piśmie Szanownego Kolegi, łączymy wyrazy poważania. Wiceprezes J. KOSIŃSKI, Sekretarz Józef ZAWADZKI.

— W roku bieżącym następujący koledzy ordynować będą w zdrojowiskach i uzdrowiskach krajowych i zagranicznych: Baden pod Wiedniem — KUEMMERLING; Birsztany — ZAHORSKI; Busk — DYMNIKI, GRABOWSKI, MAJKOWSKI i RADZISZEWSKI; Ciechocinek — ARNSZTEIN,

ASTERBLUM, CIĄGLIŃSKI, GÓRSKI i RUPPERT; Cieplice Tenczyńskie — FILIPKIEWICZ; Czarniecka Góra — MISIEWICZ, WOJCIECHOWSKI; Drusieniki — BUJAKOWSKI; Elster — BŁOCISZEWSKI; Francensbad — DĘBICKI Karol, ROSNER; Gleichenberg — BRUEHL, BULIKOWSKI; Inowrocław — KRZYMIŃSKI, PRZYBYSEWSKI, RAKOWSKI; Jastrzębie — WITCZAK; Iwonicz — DĘBICKI Klemens, ROŚCISZEWSKI i STANISZEWSKI; Jaworze — JEKELES i CZOP; Karlsbad — HASSEWICZ, KAUFFMAN, KRETOWICZ, STICHE i TOEPFER; Kissingen — CHŁAPOWSKI Fr.; Kołobrzeg — WEISSENBERG; Krynica — ARONSOHN, BLATTEIS, CERCHA, EBERS, KMIETOWICZ, KOPF, LORENTSKI i SKÓRCZEWSKI; Langenau (Śląsk) — GRABOWSKI; Landeck — CHŁAPOWSKI Antoni i OSTROWICZ; Lubień — RADECKI; Maryenbad — HARAJEWICZ, KAUFFMANN (ojciec); Maryówka — WĄSOWICZ; Morszyn — TYSZKOWSKI; Nałęczów — CHŁECHOWSKI, CHMIELEWSKI, PUŁAWSKI i SACEWICZ; Nauheim — JANKOWSKI; Nowe Miasto — BILIŃSKI; Odessa — JACHIMOWICZ; Ojców — TOPOLSKI; Piszczany — PETERSEIM; Rabka — CHŁECHOWSKI, KADEN, LANG; Reinerz — STAN; Rymanów — DUKIET, JODŁOWSKI, REGICE; Sassów — MAZANEK; Sławuta — DOBRZYCKI, DZIERZBIKI, PRZESMYCKI; Solec — DANIEWSKI; Swoszowice — ZEITNER; Szczawnica — GÓRSKI K., KOŁĄCZKOWSKI, KORCZYŃSKI L., KRUSZYŃSKI, ŚCIBOROWSKI; Truskawiec — PELCZAR, RECH i STEINHAUS; Vichy — BIERNAWSKI; Wysowa — JAROSZ; Zakopane — BUZDYGAN, CHRAMIEC, CHWISTEK, ELJASZ-RADZIKOWSKI, HAWRANEK, JANISZEWSKI, PIASECKI, WENANTY, PIASECKI Eugeniusz i TYSZKIEWICZ; Żegiestów — HOJNACKI.

Sprostowanie. Na stronie 580, drugi wiersz od góry, zamiast świadomość, winno być samoświadomość.

Do dzisiejszego numeru dołącza się dla wszystkich prenumeratorów prospekt „Zakładu Wodoleczniczego” d-ra PIASECKIEGO w Zakopanem.

WYDAWCA Dr. L. Guranowski.

REDAKTOR odpowiedzialny Dr. H. Dobrzycki.

Доводено Цензурою. Варшава, 12 Іюня 1897 г. Друк К. Ковалевського, Warszawa, Mazowiecka 8.