

GAZETA LEKARSKA.

PISMO TYGODNIOWE
POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

Cena Gazety Lekarskiej: w Warszawie: rocznie 5 rs., półrocznie 2 rs. 50 kop., na prowincyi,
w Cesarstwie i za granicą: rocznie 6 rs., półrocznie 3 rs.

Cena ogłoszeń. Trzy pierwsze po kop. 15 za wiersz drobnem pismem, lub za jego miejsce
następne po kop. 10.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. Gajkiewicz Władysław. Wydawca: Dr. Kondratowicz Stanisław.

Adres Redaktora. Marszałkowska Nr. 45. Adres Wydawcy: Marszałkowska Nr. 49.

OGŁOSZENIA.

D-r Goldschmidt z Berlina,

posiadający język polski, praktykuje w porze zimowej w la Spezia R. d. Levante, w lecie zaś
w Reichenhall. 6—3

Dr. Tymowski.

praktykuje jak lat poprzednich w San Remo.

20—18

Wydawnictwo Gazety Lekarskiej.

Wyszła z druku nakładem Gazety Lekarskiej

FARMAKOLOGIJA

professorów **Nothnagel'a i Rossbach'a.**

PRZEKŁAD Z 4-o WYDANIA NIEMIECKIEGO.

Cena dzieła wynosi Rs. 6 z przesyłką Rs. 6 k. 50.

Nabywać takowe można w Redakcyi Gazety Lekarskiej, Marszałkowska 45.

oraz we wszystkich Redakcyjach warszawskich czasopism lekarskich. 0—30

KAPSUŁKI I PIGUŁKI
Z BROMKU KAMFORY

DOKTORA CLIN

Laureata facultetu medycznego w Paryżu. — Nagroda Montyon.

KAPSUŁKI i PIGUŁKI Dra CLIN z bromku kamfory używają się w chorobach nerwowych, mózgowych, w dolegliwościach sercowych i oddechowych, oraz w następujących przypadłościach: *astmie, bezsenności, kaszlach nerwowych, spazmach, palpatacjach, kokluszach, epilepsyi, konwulsjach, zawrotach głowy, zagłuszeniu, gorączkach, migrenie, w chorobie pęcherza i kanałów moczowych* i na uspokojenie całego organizmu.

NALEŻY WYSTRZEGAĆ SIĘ PODROBIEŃ, I WYMAGAĆ, JAKO GWARANCJE, NA KAŻDYM FLAKONIE MARKĘ FABRYKI (ZASTRZEŻONĄ), OPATRZONĄ W PODPIS

Clin & Cie i Medal Nagrody Montyon

Nabywać można w Paryżu u Clin et Cie, 14, rue Racine; zaś w Warszawie i na prowincyi za pośrednictwem wszystkich aptekarzy u których znajdują się jednocześnie

PIGUŁKI ŻELAZNE D^{ra} RABUTEAU.

PIGUŁKI ŻELAZNE D^{ra} RABUTEAU

LAUREATA INSTYTUTU FRANCYI

PIGUŁKI ŻELAZNE RABUTEAU są pokryte cukrem.

Liczne studia, dokonywane w szpitalach przez professorów fakultetu paryzkiego wykazały stanowczą skuteczność Pigulek żelaznych Rabuteau w następujących słabościach: *blednicy, bezkrwistości, w utratkach krwi, w ogólnej niemocy, wycieńczeniu, w rekonwalescencyach, w słabościach dzieci* i wszystkich w ogóle słabościach spowodowanych *brakiem krwi*.

PIGUŁKI ŻELAZNE RABUTEAU nie czernią zębów. dają się trawić najslabszym osobom nie powodując obstrukcyi. Zażywać regularnie po trzy pigułki rano i wieczorem przed jedzeniem.

Kuracja żelazem za pomocą pigulek Rabuteau jest bardzo oszczędną, stanowi ona bardzo mały wydatek dziennie.

Należy wystrzegać się podrobień, i wymagać jako gwarancję na każdym flakonie pigulek żelaznych D-ra RABUTEAU markę fabryki (zastrzeżoną) opatrzoną w podpis: **Clin & Cie i Medal Nagrody Montyon.**

Nabywać można w Paryżu u Clin i Cie, 14, rue Racine; zaś w Warszawie i na prowincyi za pośrednictwem wszystkich aptekarzy.

KAPSUŁKI MATHEY-CAYLUS

Wyrobu D-ra Clin — Nagroda Montyon

„KAPSUŁKI MATHEY-CAYLUS z essencji drzewa sandałowego w połączeniu z essencyami balsamicznymi są zalecane przez lekarzy na *choroby zastarzałe i nowopowstałe, białe upławy kobiet, na choroby kanału moczowego i wszelkie przypadłości kanałów moczowych.*

„Z powodu delikatnej karukowej obłonki KAPSUŁKI MATHEY-CAYLUS trawią się przez osoby najwątlesze nawet i nie szkodzą w niczem żołądkowi.“

(Gazeta Szpitali Paryzkich).

Zażywać 9 do 12 kapsulek dziennie. Szczegółowy opis dodaje się do każdego flakonu.

Należy wystrzegać się podrobień i wymagać jako gwarancję, na każdym flakonie KAPSULEK MATHEY-CAYLUS markę fabryki (zastrzeżoną) opatrzoną w podpis:

Clin & Cie i Medal Nagrody Montyon.

Nabywać można w Paryżu u Clin et Cie, 14, rue Racine; zaś w Warszawie i na prowincyi za pośrednictwem wszystkich aptekarzy u których znajdują się jednocześnie pigułki żelazne Dra Rabuteau.

GAZETA LEKARSKA.

Treść. I. Wł. Oltuszewski. Dwa przypadki porażeń mięśni oddechowych krtani. — II. A. Rosenthal. Przypadek porażenia korowego wraz z głuchotą wyrazową. — *Notatki lekarskie.* 30. Wł. Matlakowski. Wydobywanie szpilki podwójnej (od włosów) z pęcherza przez rozszerzoną cewkę moczową. — *Dział sprawozdawczy.* 63. Neudörfer. Przyczynek do działania eteru i tlenku azotu. — 69. O. Henbner. Błonica doświadczalna praca nagrodzona. Lipsk. 1883. str. 60, tab. I. — Wiadomości bieżące. — Dodatek. — Ogłoszenia.

Z ODDZIAŁU DLA CHOROBY GARDEŁA I KRTANI D-RA HERINGA W SZPITALU ŚW. ROCHA.

I. DWA PRZYPADKI PORAŻEŃ MIĘŚNI ODDECHOWYCH KRTANI.

Podał

Władysław Oltuszewski,

b. asystent kliniki terapeutycznej.

Hejzler Teodor, lat 50 liczący, stolarz, wstąpił do szpitala 20. I r. b. z powodu ogólnego osłabienia, w szczególności zaś rąk i nóg. Chory bladej, wynędzniałej; podściółki tłuszczowej prawie zupełnie nie ma, mięśnie bardzo wiotkie. Chory mówi bardzo niewyraźnie; opowiedział nam co następuje: ojciec jego umarł na „obrząk“, matka cierpiała na obłąd i skończyła życie samobójstwem. Chory żonaty, bezdzietny, nadużył płciowych się nie dopuszczał, napojów wyskokowych używał niewiele. Do czasu obecnej choroby był zupełnie zdrow i mowa była zupełnie wyraźna. Obecna choroba rozpoczęła się przed rokiem (jak chory utrzymuje wskutek wilgoci w mieszkaniu) od bólu głowy i ogólnego osłabienia, głównie kończyn dolnych. Pomimo tego chory zajmował się jeszcze swoją pracą do Nowego Roku. Około Nowego Roku stan jego się pogorszył, gdyż kończyny dolne zaczęły drżeć przy chodzeniu, a przy robocie heblem ręka szła to na prawo, to na lewo, przyczem siła w ręku znacznie się zmniejszała; taki stan zmusił chorego do zupełnego spoczynku.

Przed Wielkanocą chory zauważył, że często nie może zatrzymać moczu, a w parę dni wystąpiło odrazu znaczne pogorszenie, a mianowicie zamglenie wzroku, dwojenie się w oczach, niewyraźna mowa, krztuszenie się podczas jedzenia, zupełny bezwład kończyn dolnych i górnych. Stan ten trwał około 4 tygodni. Powoli zaczął się chory poprawiać i podnosić; mowa stała się wyraźniejszą; mniej się krztusił przy jedzeniu.

Obecnie stan chorego jest następujący:

Asymetrii w twarzy nie ma. Analgezyja skóry twarzy z obu stron i na przednich trzech czwartych częściach skóry głowy. Uczucie dotyku w tych miejscach zachowane. Prawa źrenica szersza niż lewa, obie umiarkowanie zwężone i oddziałują na światło i konwergencyję. Ruchy gałek ocznych prawidłowe, przyczem występuje wahanie się (*nystagmus*). Siła wzroku prawidłowa. Barwy chory rozpoznaje dokładnie; dwojenia nie ma, chociaż chory utrzymuje, że na odległość stu kroków widzi podwójnie. Badanie oftalmoskopem nie godnego uwagi nie wykrywa. Smak i węch niezmienny; inteligencyja w zupełności zachowana; mowa niewyraźna: często chory się zacina i powtarza pierwsze dźwięki wyrazów.

Język nie zbacza i ruchy wykonywa prawidłowo. Powierzchnia języka nieznacznie falisto się kurczy. Języczek i łuki podniebienne biorą bardzo nieznaczny udział przy wydawaniu głosu. Błona śluzowa dziąseł, gardzieli i podniebienia nieczuła na ból. Przy łykaniu płynów chory krztusi się, przyczem często pokarmy wracają przez nos.

Badanie wziernikiem krtaniowym bardzo łatwe, nagłośnia w tył zagięta i potrzeba ją unieść zgłębnikiem, chcąc dokładnie widzieć struny głosowe. Manipulacyja ta bardzo się łatwo udaje, gdyż cała krtani na dotyk zupełnie nieczuła. Dotykaniem zgłębnikiem strun głosowych nie wywołuje najmniejszego odruchu. Struny głosowe zmętniałe, bez połysku, zresztą sama błona śluzowa krtani nie godnego uwagi nie przedstawia. Przy wdychu struny głosowe albo stoją zupełnie na miejscu, pozostawiając szparę na 5 milimetrów, albo, jak to bywa przy silnym wdychu, zupełnie się do siebie zbliżają. Chory nie doświadcza żadnej duszności. Klatka piersiowa płaska, granice płuc prawidłowe; na klatce piersiowej słycać oddech pęcherzykowy; kaszlu ani plwociny nie ma. Liczba oddechów na minutę 18. Tętno serca czyste, słabe; uderzeń tętna na minutę 100. Ciepłota ciała prawidłowa; język obłożony. Łaknienie dobre, brzuch umiarkowanie wzdęty, bolesny nieco w dolku podsercowym; wypróżnienia wolne, dwa razy dziennie; wątroba i śledziona nie godnego uwagi nie przedstawiają. Ilość moczu na dobę 1000 ctm. sześciennych; białka ani cukru mocz nie zawiera; oddawanie moczu swobodne. Chód utrudniony z rozstawionemi i wyprostowanemi nogami, przyczem przednie końce stóp chory suwa po podłodze. Przy chodzeniu chory prawą nogę wysuwa naprzód i nazewnątrz, przyczem całą stopą uderza o podłogę (słaby bezład prawej kończyny dolnej). Przy ruchach biernych daje się zauważyć opór we wszystkich stawach; w stanie spoczynku widać na kończynach dolnych drżenie włókienkowe. Ruchy czynne możliwe z dość znaczną siłą. Przy podnoszeniu kończyn można zauważyć nieznaczny bezład (*ataxia*) prawej kończyny dolnej, cechujący się ruchem na prawo, lub na lewo. Odruchy kolanowe (*Kniephänomen*) silnie wzmocnione. Odruch stopowy (*Fussphänomen*) istnieje z obu stron, z lewej większy. Odruch podeszwowy istnieje. Odruchy mięśnia trójgłowego, zginaczy i od okostnej wzmocnione. Czucie dotyku, umiejscowienia, ciepłoty i ciśnienia zachowane. Uczucie bólu zmniejszone (ukłucie szpilką odczuwa jako takie, ale przytem bólu nie doświadcza). Czucie mięśniowe zachowane. Na górnych kończynach nie ma drżenia włókienkowego. Ruchy czynne możliwe ze zmniejszoną siłą. Drżenie wyprostowanych i odwiedzionych palców bardzo małe.

Na zasadzie powyższych objawów jako to: niedowład kończyn, ich sztywności, wzmocnienia odruchów, osłabienia wzroku, wahania się gałek ocznych, zmian w gardzieli i krtani, utrudnienia mowy, chorobę rozpoznałem jako *sclerosis disseminata*, a zmiany w gardzieli i krtani jako niedowład podniebienia miękkiego, niedowład mięśnia *depressoris* nagłośni (*paresis m. thyreo aryepiglottici*), bezczulość gardzieli i krtani i na koniec bezwład mięśni nalewko-obrączkowych tylnych (*paralysis mm. crico-arytaenoidorum post.*).

Wszystkie powyżej przytoczone zmiany w gardzieli i krtani w zupełności dadzą się objaśnić sklerozą, która, jako sprawa rozrzucona, może dotyczyć rozmaitych nerwów. W naszym przypadku zmiany te dotyczyły: nerwu trójdzielnego (znieczulenie błony śluzowej jamy ustnej, gardzieli, niedowład podniebienia miękkiego), nerwu krtaniowego górnego (znieczulenie krtani i niedowład *depressoris* nagłośni), i na koniec gałązek nerwu krtaniowego dolnego, idących do mięśni rozszerzających głośnię (bezwład mięśni nalewko-obrączkowych tylnych).

Przypadek opisany służy jako ilustracja do początkowych okresów bezwładności mięśni nalewko-obrączkowych tylnych, gdzie nie mamy prawie żadnych objawów podmiotowych, a niedowład wykrywamy tylko za pomocą wziernika krtaniowego.

Rokowanie, i tak już niepomyślne co do stanu ogólnego, w naszym przypadku pogarsza się jeszcze podwójną zmianą w gardzieli i krtani, t. j. z jednej strony niedowładem mięśnia depresora nagłośni i znieczuleniem krtani, co może powodować wpadanie ciał obcych do krtani i jako następstwo spowodować zapalny stan płuc (*Fremdkörperpneumonie, Schluckpneumonie*), z drugiej zaś strony porażeniem mięśni nalewko-obrączkowych tylnych, co w późniejszych okresach może spowodować duszność i ewentualnie operację przecięcia tchawicy. Leczenie może być tylko objawowe. Spostrzeżenie to zasługuje na uwagę z tego względu, że w odnosnej literaturze nie znalazłem ani jednego opisu porażenia mięśni obrączko-nalewkowych tylnych przy *sclerosis disseminata* ¹⁾.

Drugie spostrzeżenie dotyczy Małgorzaty Karczewskiej, 33 lat liczącej, która wstąpiła do szpitala S-go Rocha, 5. V. r. b. z powodu silnej duszności, utrudniającej chorej w zupełności zajmowanie się pracą. Objawy, z jakimi chora wstąpiła do oddziału, na pierwszy rzut oka robią wrażenie organicznego zwężenia krtani: oddech bardzo utrudniony, połączony z głośnym syczącym szmerem, wydech zupełnie swobodny, głos nieco ochryply. Od czasu do czasu chora kaszle i przy ruchach polykania wykrzywia twarz boleśnie. Z wywiadów dowiedziałem się, co następuje: ojciec chorował na padaczkę, dwie siostry podobno zmarły na suchoty; w dzieciństwie chora przebywała ospę i sinicę. Zaczęła miesiączkować w 18 roku i podczas pierwszej regularności zaziębiła się, przyczem cała opuchła i oddawała mało moczu; w 25 roku wyszła za mąż; w pierwszych latach dwa razy rodziła bliźnięta, ostatni zaś poród był przed dwoma laty. Przy porodach tych okazała się potrzeba zastosowania kleszczy.

¹⁾ Porażenie oddechowe przy *sclerosis multilocularis* opisał Feliks Semon w pracy swojej o porażeniach oddechowych w 1882 r. (P. R.)

Obecna choroba rozpoczęła się w Grudniu r. b. od silnego kaszlu, duszności i chrypki. Przy końcu Grudnia duszność doszła do tego stopnia, że chorą odwieziono do szpitala Dz. Jezus, gdzie dokonano operacji przecięcia tchawicy. Duszność wkrótce ustąpiła, po niejakiu jednak czasie zaczęła powoli wracać, co zmusiło chorą udać się na początku Marca do szpitala św. Ducha. Chorą widziałem w ostatnich dniach mojej klinicznej asystentury, gdzie wspólnie z kolegą *Goldflamem* znaleźliśmy stan następujący.

Silna ciągła duszność z powodu utrudnionego wdechu, wydech swobodny, głos nieco ochryply; w płucach nieznaczny nieżyt oskrzeli. Silny ból przy dotykaniu lewej połowy brzucha (*ovaralgia dextra*). Ruchy czynne kończyn dolnych zachowane, osłabienie ich z lewej strony. Odruchy kolanowe wzmocnione. Chód prawidłowy. Czucie dotyku, ciepłoty, bólu, ciśnienia z lewej strony zupełnie zniesione (*hemianaesthesia sinistra*). Zmysł mięśniowy zachowany. Znieczulenie nerwu węchowego, słuchowego i smakowego z lewej strony. Slepota na barwy lewego oka; ograniczenie pola widzenia i siły wzroku z lewej strony. Wtedy zwróciliśmy głównie uwagę na objawy w obrębie sfery nerwowej i chorobę rozpoznaliśmy jako histeryję. Chora nie była badana wziernikiem krtaniowym. O ile się dowiedziałem od kolegi *Goldflama*, który w następstwie chorą obserwował, w dniu 31. III. znieczulenie przeszło z lewej strony na prawą (*transfert*), przyczem i ból jajnika umiejscowił się także z prawej strony. Podczas pobytu swego w szpitalu Ś-go Ducha chora miewała dwojakiego rodzaju napady duszności, które jednakże nie trwały ciągle, a zjawiały się w pewnych przestankach, w czasie których czuła się zupełnie dobrze i nie miała najmniejszej duszności. Jedne napady, podczas których duszność była dość silna, ale ciągła, t. j. trwała kilka lub kilkanaście dni, odpowiadały obecnemu stanowi chorej, drugie krótkie, podczas których duszność dochodziła do bardzo wysokiego stopnia, do objawów duszenia się, odpowiadały, o ile mi się zdaje, stanowi chorej w szpitalu Dz. Jezus (gdzie wykonano operację przecięcia tchawicy).

Chora z nieznaczną poprawą opuściła szpital w dniu 29. IV. Po krótkim czasie, bo już na początku Maja, znalazłem chorą w szpitalu Ś-go Rocha w następującym stanie: blada, słabo odżywiana. Na szyi widać bliznę po zrobionej operacji przecięcia tchawicy. Wdech ze świstem, silnie utrudniony, co szczególnie występuje przy ruchach czynnych. Przy badaniu nosa znalazłem przerost muszel dolnych i skrzywienie przegrody nosowej wypukłością skierowane ku stronie lewej. Błona śluzowa gardzieli nic godnego uwagi nie przedstawia. Badanie wziernikiem krtaniowym nieslychanie utrudnione. Obraz krtani następujący: przy wdechu struny głosowe, zamiast się rozchodzić, w zupełności zbliżone są do siebie i pozostawiają w tylnej części nieznaczny trójkąt, wierzchołkiem skierowany ku przodowi, a podstawą do tylnej ściany krtani (przyczyna utrudnionego wdechu); przy wydechu struny głosowe nieznacznie się rozchodzą; podczas wydawania głosu struny głosowe zbliżają się do siebie i pozostawiają w przedniej części eliptyczną szparę, a w tylnej nieznaczny trójkąt, także podstawą skierowany do tylnej ściany krtani. Zbliżenie się strun głosowych podczas wydawania głosu trwa bardzo krótko, poczem struny gło-

we szybko się rozchodzą. Zresztą błona śluzowa krtani wygląda zupełnie prawidłowo. Przy badaniu zglebnikiem okazuje się znieczulenie nagłośni i wejścia do krtani.

Klatka piersiowa płaska, granice płuc nieco obniżone, oddech wszędzie pęcherzykowy, a przy wdechu słychać stenotyczny szmer, przeniesiony z krtani; nigdzie nie słychać rzeżeń, płwociny nie ma. Liczba oddechów na minutę 24. Tętno serca czyste, tętno uderza na minutę 60 razy. Język czysty, łaknienie zmniejszone, wypróżnienia opieszale, brzuch wzdęty, bolesny na dotyk z prawej strony (*ovarygia dextra*). Przy podwójnem badaniu wyczuwa się macicę na dotyk nieco bolesną. Przy użyciu wziernika macicznego widać śluz wypływający z otworu części pochwowej, a na ustach macicznych powierzchowne owrzodzenie.

Uspokobienie chorej bardzo zmienne i władze umysłowe słabo rozwinięte. Sen niespokojny z powodu przeszkody w oddechaniu, przyczem szmer stenotyczny utrzymuje się i podczas snu. Ruchy czynne na kończynach możliwe i jednakowe z obu stron. Przy ruchach biernych nie wyczuwa się żadnego oporu. Odruch kolanowy z obu stron jednakowo wzmocniony; chód prawidłowy. Uczucie bólu, dotyku, ciepłoty i ucisku zniesione na całej prawej połowie ciała (*hemianaesthesia dextra*). Chora nie rozróżnia, w jakim położeniu znajdują się kończyny z prawej strony, z lewej zaś strony rozróżnia dokładnie. Zrenice oddziałują na światło prawidłowo. Ruchy gałek ocznych i akomodacja prawidłowa; chora nie rozpoznaje barw prawem okiem, lewym zaś rozróżnia dokładnie; pole widzenia i siła wzroku z prawej strony znacznie zmniejszone. Osłabienie słuchu, węchu i smaku z prawej strony.

Na zasadzie opisanego szczegółowego badania chorobę rozpoznałem jako histeryję, a zmiany w krtani jako bezwład mięśni obrączkowo-nalewkowych tylnych i znieczulenie nagłośni (*paralysis bilateralis abductorum chordarum vocalium et anaesthesia epiglottidis hysterica*).

W czasie pobytu chorej w szpitalu duszność była ciągle jednakowa, jak w dzień tak i w nocy; krótkich paroksyzmów nadzwyczajnej duszności, dochodzącej do zaduszenia, jakie były obserwowane w szpitalu Ś-go Duchy, w zupełności nie było. Chora pozostawała w obserwacji do 8-go Czerwca i opuściła szpital w zupełnie dobrym stanie, przyczem i głos w zupełności wrócił. Chorej przez cały czas pobytu jej w szpitalu podawano bromek potasu i strychninę (po $\frac{1}{30}$ gr. na dobę). W miesiącu Sierpniu widziałem chorą u siebie w domu i dowiedziałem się, że niedawno miała napad drgawek z utratą przytomności i że duszność, choć w mniejszym stopniu, nanowo powróciła. Obraz laryngoskopijny zupełnie był podobny do wyżej opisanego, tylko przy wdechu struny głosowe mniej się zbliżały do siebie.

Przyczyna opisanego bezwładu u naszej chorej, po opisie szczegółowym ogólnego jej stanu, zdaje się być tylko histerycznego pochodzenia.

Różniczkowe rozpoznanie w tym przypadku głównie dotyczy skurczu głosni, gdyż inne przyczyny, podane powyżej w etjologii, z łatwością wykluczaliśmy. Otóż pod tym względem pomiędzy autorami, co do histerycznego pochodzenia porażenia mięśni nalewko-obrączkowych tylnych panuje niezgodność zdań

Riegl¹⁾), choć sam nie obserwował ani jednego przypadku porażenia mięśni nalewko-obrączkowego histerycznego pochodzenia, utrzymuje, że z rozpoznaniem podobnych porażen trzeba być bardzo oględnym. Według jego zdania nawet dłużej trwający napad duszności, czyli ciągła duszność, może przemawiać za skurczem głośni, a wcale nie za porażeniem, gdyż przyjąwszy nawet w tych przypadkach nie skurcz głośni, lecz porażenie mięśni obrączkowo-nalewkowych tylnych, trwające kilka lub kilkanaście dni, porażenie to warunkuje się tylko skurczem antagonistów. Ziemssen²⁾ utrzymuje, że jeżeli duszność jest ciągła, to na zasadzie, że u dorosłych częściej spotykamy porażenie mięśni niż skurcz głośni, przyjmuje przemijające bezwłady pochodzenia histerycznego. Z poglądem Ziemssena zgadzają się w zupełności Biermer i Penzoldt. Mackenzie³⁾ przyjmuje także możebność porażen pochodzenia histerycznego. Niedawno Duncan⁴⁾ opisał spostrzeżenie podobne do naszego przypadku i na tej zasadzie co inni także przyjmuje porażenie pochodzenia histerycznego. U naszej chorej, według mego zdania, winniśmy rozróżnić ciągłą duszność, trwającą pewien czas i ta zdaje się być zależna od bezwładu, i krótkie napady nadzwyczajnej duszności, dochodzącej do zaduszania, a te zdają się być zależne od skurczu głośni. Nie trudno jest w histeryi przyjąć możebność podobnej kombinacyi; wspomina o niej Elsberg⁵⁾.

W ogóle spostrzeżeń bezwładu mięśni nalewko-obrączkowych pochodzenia histerycznego mamy niewiele (Naunyn, Schiffers, Biermer, Ziemssen, Semon, Burrow, Duncan). Porażenia te różnią się od bezwładów innego pochodzenia tem, że występują nagle, to jest, że nagle powstaje duszność, której towarzyszy charakterystyczny szmer wdechowy, utrzymujący się podczas snu. Przy porażeniach tych głos jest zachowany tylko w tych przypadkach, gdzie mięśnie fonacyjne nie biorą żadnego udziału (w naszym przypadku dwa mięśnie fonacyjne, a mianowicie *thyreo-aryt. internus* i *transversus*, brały udział). Porażenia histeryczne przebiegają szybko, to jest powstają nagle i z łatwością ustępują, a z tego powodu dają lepsze rokowanie. Zapoznanie się z bezwładem podobnego rodzaju ważne jest pod względem leczenia, gdyż w tych przypadkach daleko rzadziej wypada uciec się do operacyi przecięcia tchawicy. Porażenia histeryczne często z łatwością ustępują pod działaniem, bądź to prądu przerywanego, bądź stałego, strychniny i środków przeciwhisterycznych.

Dla uzupełnienia powyżej opisanego przypadku pozostaje odpowiedzieć jeszcze na następujące pytania: jak wytłómaczyć sobie powstawanie podobnych porażen w histeryi, od czego zależy nieczułość nagłośni, niezupełne schodzenie się strun głosowych przy wdechu, mianowicie powstawanie z tyłu opisanego trójkąta, dalej jak wytłómaczyć sobie obraz laryngoskopijny przy wydawaniu

1) Ueber respiratorische Paralysen. Sammlung klinischer Vorträge. Nr. 95. 1875.

2) Handbuch der Krankheiten des Respirationsapparates.

3) Die Krankheiten des Halses und Nase.

4) Paralyse des muscles crico-aryténoidiens postérieurs d'origine nerveuse. Revue mensuelle de laryngologie d'otologie et de rhinologie. Nr. 13. 1881.

5) Des paralysies des muscles du larynx. Revue mensuelle. Nr. 12. 1882.

tonów, dla czego porażenie opisane raz występowało, drugi raz znikало i czy w danym przypadku operacja przecięcia tchawicy winna była być wykonaną. Powstawanie podobnych porażen w histeryi trudno sobie wytłómaczyć, jak w ogóle trudno zdać sobie sprawę z objawów jakiejkolwiek choroby o niewiadomej podstawie anatomo-patologicznej. Podobnie jak bezwład mięśni krtani, rzecz to zwykła, że zdarzają się w histeryi bezwłady i innych mięśni, które również powstają bez widocznej przyczyny i same po pewnym czasie dobrowolnie ustępują. Choć w podobnych przypadkach nikt sekcyi nie robił, przypuszczać jednak się godzi, że ani w samym mięśniu, ani w pniach nerwowych, ani w ośrodkach niewieleby się znalazło, czego najlepszym dowodem służy ustępowanie porażen i powrót ich bez widocznej przyczyny. Znieczulenie nagłośni i wejścia krtani często przytrafia się w histeryi i zależy od pewnych zmian w nerwie krtaniowym górnym. Zbliżanie się strun głosowych tylko w przednich częściach przy wdechu objaśnić sobie można niezupełnem porażeniem mięśni nalewko-obrączkowych i nieznacznym udziałem, jaki wzięły w porażeniu mięśnie ścieśniające głośnię, mianowicie mięsień poprzeczny. Obraz laryngoskopijny przy wydawaniu tonów objaśniam sobie porażeniem dwu mięśni zwierających głośnię, a mianowicie: *thyreo-aryt. internus* i *m. transversus*. Ustępowanie i powrót porażen tłómaczę sobie zmiennością w ogóle objawów histeryi, podobnie jak to widzieliśmy w przejściu znieczulenia z jednej strony na drugą. Nareszcie co się tyczy operacyi przecięcia tchawicy, to o ile w innych przypadkach podobnych porażen niehisterycznego pochodzenia operacja ta często staje się nieodzowną, o tyle tutaj często jest zbyteczną. Najlepszy dowód, że dość ciężki stan, w jakim chora przybyła do szpitala, w zupełności ustąpił pod działaniem strychniny i bromku potasu.

W końcu winienem dodać, że czasami podczas badania histeryczek, zamiast napięcia przy wdechu mięśni rozszerzających głośnię, następuje napięcie mięśni zwężających głośnię, w skutek czego obraz laryngoskopijny zupełnie będzie podobny do opisanego przypadku. Stan ten, tak zwane „*die perverse Action der Stimmbänder*,” różni się od porażenia mięśni nalewko-obrączkowych tem, że nie przeciąga się długo i że zwężenie i towarzysząca mu duszność ustępują w zupełności podczas snu.

Niedawno Frankel¹⁾ opisał obserwacyję, dotyczącą pewnego posługacza szpitalnego w Charité, u którego wspomniane odwrotne zachowanie się strun głosowych przy wdechu i wydechu nastąpiło po przebytem zapaleniu dyfterytycznem gardzieli i krtani. W ogóle obserwacyj, dotyczących odwrotnego zachowania się strun głosowych przy wdechu i wydechu niehisterycznego pochodzenia, bardzo niewiele i przyczyna podobnego stanu pozostaje, jak dotychczas, w zupełności nieznaną.

1) Kehlkopfsstenose in Folge fehlender Glottiserweiterung bei der Inspiration.

II. PRZYPADEK PORAŻENIA KOROWEGO WRAZ Z GLUCHOTĄ WYRAZOWĄ.

(Rzecz czytana na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego).

Spostrzegal

D-r Albert Rosenthal.

Podstawa anatomiczna zaburzeń mowy nie jest dotąd jeszcze faktem ściśle określonym, co usprawiedliwia opublikowanie każdego podobnego przypadku stwierdzonego badaniem pośmiertnym. Tem więcej uzasadnionym jest opis przypadku, w którym zaburzenie mowy nosiło odrębny i rzadko spostrzegany charakter, znany pod mianem głuchoty wyrazowej (*Worttaubheit*) lub niemoty zmysłowej. Charakterystyka zaburzenia uwydatni się w opisie następującego przypadku.

W. S. aptekarz 37-letni przyjęty został do szpitala S-go Jana Bożego w dniu 13 Września 1882 r.. Badanie choroby stwierdziło następujące dane. W Grudniu 1878 r. wskutek napadu apoplektycznego powstało porażenie prawej połowy ciała, które w ciągu trzech miesięcy zupełnie ustąpiło. W Sierpniu 1879 roku chory dotknięty został napadem drgawkowym, który spowodował niemotę i porażenie lewej połowy ciała. Drgawki te powtarzać się miały co 3—4 dni, trwały po kilka minut przy zupełnej utracie świadomości. To upływie trzech miesięcy drgawki oraz niemota ustąpiły zupełnie, porażenie również zmniejszyło się. W Kwietniu 1880 r. nastąpił trzeci napad, który spowodował porażenie lewej połowy ciała, niemotę, oraz zupełną głuchotę. W dalszym przebiegu do chwili przybycia chorego do szpitala stan jego nieznacznej uległ zmianie. Występujące niekiedy objawy pobudzenia i rozdrażnienia spowodowały pomieszczenie chorego w zakładzie. W latach dziecięcych spostrzegane były napady padaczkowe, a przed laty siedmiu chory dotknięty był przymiotem.

Status praesens. 13 Września 1882 r. Chory dość silnej budowy ciała, dobrze odżywiany; stan bezgorączkowy. Głowa budowy prawidłowej, z włosami rzadkimi, żadnych zresztą zboczeń nie przedstawia. Na twarzy zauważyć się daje niesymetryczność: lewa brózdka noso-wargowa jest mniej wyraźną aniżeli prawa. Żrenice rozszerzone, lewa nieco więcej, oddziaływanie ich na światło słabe. Język z trudnością wysuniętym być może, przyczem koniec jego zbacza w stronę lewą. Mowa chorego zredukowaną jest do kilku jedynie wyrazów, jakoto: „chory“, „boli“, przyczem wskazuje na kończyny lewe, które też oznacza: „ręka“, „noga“. Zresztą chory innych wyrazów nie wygłasza. Pytania do siebie zwróconych chory wcale nie pojmuje; na zapytanie o nazwisko nie jest w stanie ani ustnie ani też piśmiennie odpowiedzieć; na piśmienne zaś zapytanie, pisze swe nazwisko. Zapytany, czy głowa boli, lub proszony o pokazanie języka — pozostawia pytającego bez odpowiedzi. Chory pojmuje jednak niektóre pokazane mu znaki, gdy np. wskazuję na głowę, wtedy przeczącem poruszeniem głowy daje poznać, iż nie ma bólu głowy; przy pokazaniu mu języka, sam też takowy wysuwa. Słuch chorego nie jest bynajmniej stepionym; zarówno szmer jak

przemówienie do niego zwracają jego uwagę, słyzy uderzenie zegarka, nie pojmuje on jednak słów do niego powiedzianych. Wie on o tem sam, a wskazując na swe uszy, wymawia z trudnością wyraz: „głuchy“. Badanie wzziernikiem usznym nie wykryło żadnych zbroceń w narządzie słuchu. Co do pojmovania wyrazów napisanych jest ono również zniesionem, gdyż na pismienne zapytanie: „jak się obecnie czuje?“ odpowiada niezgrabnem napisaniem swego nazwiska. Otoczenie swe jednak poznaje i podczas odwiedzania go przez krewnych zachowuje widoczną świadomość swego położenia. Kończyna górna prawa jest w stanie prawidłowym, lewa zaś jest bezwładną i przykurczoną. Przy ruchach biernych niepodobna wyprowadzić stawu łokciowego (lewego) ze zgięcia ostrokątneho, niemniej nie daje się usunąć przykurczenie w stawach śródpięstkoczwłonowych lewej ręki. Pobudzalność faradyczna i galwaniczna mięśni i nerwów okazuje się niezmienną w porównaniu z kończyną prawą. Uczucie dotyku i bólu okazują się niezmiennymi; dokładne jednak badanie czucia niemożliwem jest z powodu trudnego porozumienia się z chorym. Kończyna dolna lewa jest wyprostowaną; podniesiona nie pozostaje w nadanej jej pozycyi lecz opada. Przy ruchach biernych w kolanie jak również w stawie stopowym znaczny napotyka się opór. Natomiast kończyna dolna prawa tak co do ruchów biernych jak i czynnych jest w stanie prawidłowym. Odruch kolanowy z prawej strony jest znacznie wzmożonym; przy uderzeniu zaś lewego ścięgna rzepkowego następuje silne drżenie całej kończyny, co ma też miejsce przy zgięciu grzbietowem (*Dorsalflexion*) lewego palucha. Drżenie to kloniczne (*Dorsalclonus*) przechodzi niekiedy też na kończynę dolną prawą, trwa kilka sekund i może być zniesionem przez zgięcie podeszwowe (*Plantarflexion*). Uczucie, jako też pobudzalność elektryczna mięśni i nerwów, nie przedstawiają żadnej nieprawidłowości. Chory pozostaje wciąż w położeniu leżącym, jest jednak w stanie zrobić kilka kroków bez pomocy. Badanie narządów ciała wykazuje prawidłowe stosunki. Oddawanie moczu i kału prawidłowe. Stan psychiczny chorego również widocznych nie przedstawia zbroceń, chory zdaje się posiadać świadomość swego stanu, płacze często, zachowuje się zresztą spokojnie, sen ma dobry.

W ciągu całorocznego pobytu w szpitalu stan chorego pozostawał jednakowym i nieznaczne tylko zauważyć się dały zmiany. Mowa pozostała jak przedtem ograniczoną do kilku wyrazów; chory nie pojmuje też obcej mowy zupełnie. Przykurczenie lewej kończyny górnej wzmożło się jeszcze, mięśnie ramienia i przedramienia uległy zanikowi. Ruchy dowolne kończyny dolnej lewej zmniejszyły się jeszcze bardziej. Zaburzeń psychicznych nie spostrzeżono wcale. W ostatnim miesiącu wystąpiły objawy zapalenia nieżyłowego w szczycie płuca prawego, gorączka, wyniszczenie. Na 14 dni przed śmiercią utworzyła się ostra odleżyna w okolicy krętarza lewego, a dnia 2. X. 1883 r. chory życie zakończył.

Przy oględzinach pośmiertnych znaleziono: *Bronchopneumonia in apice dextro. Hepar adiposum. Gastroenteritis catarrhalis. Decubitus. Encephalitis corticalis gyri centralis posterioris dextri et g. temporalis 1' et 2' sinistri.*

Co się tyczy mózgu to opony jego, prócz znacznego obrzęku w okolicy zawoju ciemieniowego wstępującego prawego (*g. postcentralis dexter*), nic szczególnego nie przedstawiają. Po oddzieleniu opony miękkiej w tem miejscu widzimy zniszczenie w postaci nieregularnej jamy, której brzeg przedni stanowi wazki pasek zawoju ciemieniowego wstępującego, tylną i wewnętrzną ściankę zrazik przysrodkowy (*lob. paracentralis*), oraz części niezniszczone zrazika ciemieniowego górnego (*lob. parietalis sup.*), zewnętrzna zaś (czyli dolna) ścianka zlewa się z brózdą Sylwiusza. Nierówne dno dolka stanowi zbita tkanka czerwono zabarwiona. Wymiar podłużny dolka wynosi $2\frac{1}{2}$ — $3\frac{1}{2}$ ctm., poprzeczny $3\frac{1}{2}$ —4 ctm., głębokość 5—8 mm. Zawój ciemieniowy wstępujący niekniętym jest w $\frac{1}{3}$ przedniej części w całej długości, $\frac{2}{3}$ zaś części tylnych zniszczone, jak również przyległe części zawoju ciemieniowego górnego (*lob. parietalis sup.*) i dolnego (*g. parietalis inf. v. supramarginalis*). Pozostałe zawoje na prawej półkuli mózgu zachowane. Na półkuli lewej zwraca uwagę zwięźlenie zawoju skroniowego pierwszego (*g. temporalis sup.*), którego tylna (górną) $\frac{1}{3}$ część, jakoteż przyległa część zawoju skroniowego drugiego jest zniszczoną i zmienioną w czerwoną zbitą masę. Oba zawoje przedstawiają zagłębienie w tem miejscu, gdzie przechodzą w zawój ciemieniowy dolny (*g. supramarginalis*) i kątowy (*g. angularis*); wymiar zniszczenia wynosi $1\frac{1}{2}$ —2 ctm.. Badanie drobnowidzowe części przyległych zniszczeniu wykazało: naczynia mocno nastrożone znaczną ilością bezbarwnych ciałek w stanie stłuszczenia, widać też ciała czerwone, podległe zwyrodnieniu barwnikowemu; komórki nerwowe w stanie stłuszczenia i rozpadu. Zdaje się więc, iż mamy tu ślady sprawy zapalnej. *Encephalitis corticalis*. Badanie dokładne istoty białej i podstawy mózgu możebnie będzie dopiero po dostatecznym stwardnieniu mózgu. W rdzeniu kręgowym już w stanie świeżym zwróciłem uwagę na szare zabarwienie pęczka tylnobocznego lewego; po stwardnieniu zaś i badaniu drobnowidzem okazało się zwyrodnienie wtórne (*secundäre Degeneration*) tego pęczka.

Epicrisis. W powyższym przypadku mamy do czynienia z lewostronnem porażeniem połowiczem wraz z przykurczeniem, które to objawy winniśmy odnieść do zmian wykazanych w istocie korowej prawej półkuli mózgu. Zniszczenie istoty korowej dotyczy prawie całego zawoju ciemieniowego wstępującego, oraz przyległych części zawoju ciemieniowego górnego i dolnego (p. wyżej). Główny nacisk winniśmy położyć na zniszczenie zawoju ciemieniowego wstępującego, który zgodnie z doświadczeniami fizjologów, oraz badań klinicystów uznanym został jako ośrodek ruchowy. Jako o analogicznym wspomnę tu o opisanym przez Charcot'a i Pitres'a przypadku porażenia prawego nerwu twarzowego, oraz porażenia połowiczego wraz z przykurczeniem, w którym badanie pośmiertne wykazało rozmięczenie $\frac{2}{3}$ części dolnych zrazika ciemieniowego wstępującego lewego, oraz zwyrodnienie wtórne pęczka tylnobocznego prawego w rdzeniu kręgowym.

Nierównie ważniejszem jest skonstatowane w powyższym przypadku zaburzenie mowy, polegające na zupełnem niepojmowaniu mowy obcej i tem spowodowanej mniejszej lub większej niemocie, zaburzenie, znane w nauce pod nazwą głuchoty wyrazowej (*Worttaubheit*, Kussmaul) lub właściwej niemoty zmysłowej

(*sensorische Aphasie* — *Wernicke*). Głuchota wyrazowa spowodowała w naszym przypadku zupełną prawie niemotę, fakt spostrzegany zresztą i w innych przypadkach, w których chorzy wymawiali jedynie następujące wyrazy: „ja“, „mama“, „if you please“. W innych podobnych przypadkach mowa bywa dość płynną, lecz fałszywą wskutek braku korekcyi, jaką dokonywa u ludzi zdrowych ośrodek korowy słuchu. Mamy tu więc do czynienia z rodzajem głuchoty duchowej (*Seelentaubheit*), jaką wywoływał *Munk* zwierząt przez zniszczenie części płatów skroniowych mózgu. Anatomiczna podstawa niemoty zmysłowej, którą *Wernicke* pierwszy umiejscowił w tylnej części pierwszego i przyległej części drugiego zawoju skroniowego z lewej strony, została w powyższym przypadku w zupełności stwierdzoną. Godnem uwagi jest ściśle ograniczenie się sprawy chorobowej do wyżej wspomnianych zawojów, gdyż w innych przypadkach znajdowano obszerniejsze zniszczenie nie tylko zrazu skroniowego lecz i przyległych płatów mózgu. Z liczby 8-u znanych w literaturze przypadków wraz z oględzinami pośmiertnymi, przypadek nasz pod względem dokładnego umiejscowienia zajmuje trzecie miejsce (*Wernicke, Broadbent*). Wspomnieć też należy o długotrwałości cierpienia, (około 2½ lat), jakiej w żadnym przypadku dotąd nie spostrzegano. Niemota zmysłowa posiada skłonność do ustępowania po pewnym czasie, szczególnie jeżeli drugi zraz skroniowy jest nietkniętym, oraz gdy nie następuje zanik innych zawojów mózgu. W danym przypadku pomimo nieznacznego zaniku części 2-óch zawojów skroniowych z jednej strony, zaburzenie mowy przez długi okres trwania pozostało bez zmiany.

NOTATKI LEKARSKIE.

30. Wydobycie szpilki podwójnej (od włosów) z pęcherza przez rozszerzoną cewkę moczową.

Z. Zońja, 12-letnia blada dziewczyna, przybyła do mojego oddziału w szpitalu Dzieciątka Jezus, skierowana łaskawie przez kol. *Wł. Krąjewskiego* d. 27. XI. r. b. Chora opowiada, że, bawiąc się, 4 dni temu wepchnęła sobie szpilkę do cewki, z kąd ta wśliznęła się pęcherza. Chora żali się na ból, szczególnie przy oddawaniu moczu, zwłaszcza ku końcowi; na częste parcie na mocz. Przy badaniu znajdujemy, że brzuch jest mały; ścianka brzuszna w okolicy nadłonowej naprężona, bolesna szczególnie w miejscu, odpowiadającym dolnemu końcowi lewego mięśnia prostego brzucha (*m. rectus abdominis*); tu odporność ścianki brzusznej większa. Srom zaczerwieniony. Zgłębnik macieczny wprowadzony do pęcherza natrafia na szpilkę odrazu i przy uderzeniu o nią wydaje dźwięk, zdaleka dający się usłyszeć. Przy badaniu *per rectum* nie wyczuwa się nic nadzwyczajnego w stronie pęcherza, t. j. ku przodowi.

30. XI. zatem w tydzień po wepchnięciu szpilki przy łaskawej pomocy kol. *Krąjewskiego* i *Garbowskiego* chora została zachloroformowaną, poczem powoli zostało wprowadzone zwierciadło cewkowe *Simona*, najmniejszego kalibru; potem numer wyższy, wreszcie reszty rozszerzenia dokonał mój palec wskazujący, który wydał mi się odpowiedniejszym z powodu swej miękkiej powierzchni, elastyczności i możności kierowania się własnem czuciem przy napotykanii oporów. Wtedy okazało się przy badaniu palcem, iż szpilka leży w poprzek pęcherza w ten sposób, iż jeden koniec skierowany jest na lewo

i nieco ku przodowi, drugi leży z prawej strony i więcej od tyłu. Gdzie znajdują się końce ostre, trudno było na pewno powiedzieć, gdyż palcem nie można było dosięgnąć ani zgięcia podkowatego ani końców ostrych, można tylko było na mocy bólu domyślać się, iż te ostatnie wparte są w błonę śluzową z lewej strony.

Nie mając w swem rozporządzeniu żadnych narzędzi do wydobywania ciał obcych z pęcherza, posługiwałem się zaimprovizowanym instrumentem, który okazał mi się wybornym, tak, że go mogę kolegom polecić w podobnych razach, a mianowicie zagiąłem gruby srebrny, zwyczajny, tępo kończasty zgłębnik tak, aby się utworzył kulas, i tym kulasem manewrując, starałem się zaczepić za szpilkę; skoro się to udało, zacząłem pociągać za szpilkę od strony lewej, atoli szpilka wcale się z miejsca nie poruszała. Wtedy przekonawszy się, że w lewej stronie pęcherza są końce ostre, wprowadziłem palec do pęcherza i starałem się końcem palca poruszyć, zepchnąć z miejsca koniec prawy, poczem znowu wprowadziłem kulas (bez pomocy wziernika) i zawadziwszy za szpilkę, za koniec prawy, tym razem wyciągnąłem ją szczęśliwie.

Szpilka była większego kalibru, niezgięta i zaledwie zaczynająca rdzewieć.

Przebieg był wysmienity. D. 10. XII chora opuściła szpital zupełnie będąc zdrową. Od pierwszego dnia, t. j. od samej operacji nie było wcale inkontynencji; chora stale sama oddawała mocz. Bóle w pęcherzu natychmiast prawie zupełnie ustaly. Boleści przy oddawaniu moczu w cewce były bardzo nieznaczne i trwały przez kilka dni. Chora pierwszej nocy oddawała 3 razy mocz, poczem potrzeba oddawania moczu coraz stała się rzadszą. Przez czas dłuższy pozostało stwardnienie i bolesność bardzo wyraźna w miejscu ponad gałęzią poziomą kości łonowej lewej. Odnieść je należy na karb podrażnienia i wpicia się ostrych końców szpilki w tem miejscu w błonę śluzową pęcherza, którego ścianka zgrubiała, a może też części na karb ograniczonego zapalenia okołopęcherzowego.

Przy wprowadzaniu drugiego numeru wziernika powstało pęknięcie cewki i błony śluzowej przedsiönka (*vestibulum vulvae*) w kierunku ku lechtaczce, długości $\frac{1}{4}$ ctm.. Otóż ja umyślnie nie nacinałem wejścia do cewki, dla tego, że w podobnym przypadku widziałem raz żywe krwawienie mięszone następcze. U mojej chorej podczas operowania było krwawienie prawie żadne, potem zaś, po wyjęciu szpilki wcale go nie było. Przez czas gojenia się ani zacerwienia sromu, ani obrzmienia, ani wydzielinę ropnej nie było. Mocz od pierwszego dnia był czysty.

Największy opór przy wprowadzeniu wskaziciela wyczuwałem w samym wejściu do cewki (*orificium vulvae*), głębiej opór był bezporównania mniejszy.

Leczenie następcze polegało na przestrzykiwaniu sromu po każdym mokrzeniu roztworem kwasu bornego i okładaniu płatkami z wody ołowianej.

Podczas leczenia powstała i trwała trzy dni bardzo obfita, z ogromnemi plamami pokrzywka na całym ciele, a zwłaszcza na kończynach.

Wł. Matlakowski.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

68. Neudörfer. Przyczynek do działania eteru i tlenku azotu.

W N-rach 35 i 36 Gaz. Lek. z r. b. streściliśmy pracę tegoż autora, dotyczącą działania chloroformu. Autor zapowiada cały szereg prac nad działaniem środków znieczulających, celem dania wskazówek praktykom do wyboru w danym przypadku jednego z tych środków.

I. O eterze.

Eter, który, jak wiadomo, otrzymuje się przez działanie kwasu siarczanego na alkohol, a który chemicznie przedstawić można w typie wody, gdzie oba atomy wodoru są zastąpione przez rodniki etylu $\left(\begin{array}{l} C_2H_5 \\ C_2H_5 \end{array} \right) O = C_4H_{10}O$

zawiera najczęściej ślady wody i alkoholu. Płyn ten nader ruchliwy, właściwego zapachu i palącego smaku, wrze przy ciepłocie $34,9^\circ C.$, a nie marznie nawet przy $-90^\circ C.$ Przy 0° ciężar właściwy eteru równa się 0,73568. Jedna część wody rozpuszcza się w 50 cz. eteru, jedna zaś część eteru w 14 częściach wody. Bardziej rozpuszczalnym jest eter w kwasie solnym, z wyskokiem miesza się w każdym stosunku: rozpuszcza żywice, tłuszcze, alkaloidy, także siarkę, fosfor, jod, brom i t. d. Może on pochłaniać kwas węglany w wielkiej ilości i bardzo wielką ilość amonijaku. Zachowany nawet w dobrze zamkniętych naczyniach, a tem łatwiej przy dostępie powietrza ulega niezbadanemu dotąd jeszcze rozkładowi; zdaje się, że wytwarza wtedy kwas octowy. Eter bardzo lotny nawet przy niskiej ciepłocie daje pary, których gęstość teoretycznie = 2,557, empirycznie zaś 2,581. Prężność par eteru wynosi przy ciepłocie $0^\circ C.$ 182,34 mm., a przy $20^\circ C.$ 433,20 mm.. Ulatniając się, eter wiąże dużo ciepła, z kąd mocno oziębiające jego działanie; łatwo zapala się, a pary jego pomieszane z powietrzem tworzą mieszaninę silnie wybuchającą. Eter wchodzi w liczne związki chemiczne, z tego też względu nie jest związkiem stałym, czem się różni w wysokim stopniu od chloroformu.

Dla ocenienia wartości eteru w chirurgii musimy, jak to uczyniliśmy przy chloroformie, rozpatrzyć tu niektóre zasadnicze pytania.

Najprzód zachodzi pytanie, ile objętości pary daje jedna objętość eteru płynnego. Wziąwszy w rachubę ciężar gatunkowy eteru i gęstość jego par, łatwo obliczyć, że 1 ctm. sześć. eteru płynnego przy średniej ciepłocie, mianowicie przy $20^\circ C.$ i średnim ciśnieniu atmosfery daje 240 ctm. sześć. pary eteru. Ztąd wynika łatwość dozowania par eteru przy stosowaniu ich celem znieczulenia, a mianowicie, jeżeli chcemy, aby objętość 10 litrów powietrza zawierała 5.10 lub 15% par eteru, to należy tylko do owych 10 litrów powietrza dodać 2,033, 4,166 lub 6.249 ctm. sześć. eteru płynnego.

Jakkolwiek dowolnie możemy powiększać procentową zawartość par eteru w danej objętości powietrza, to jednakże czynić to możemy tylko do pewnych granic, zakreślonych daną prężnością par eteru jak i powietrza przy właściwej ciepłocie i ciśnieniu. Wiadomo, że przy mieszaniu gazów następuje dyfuzja ich wzajemna, która dotąd trwać może, dopóki suma ciśnień obu gazów nie wyrówna ciśnieniu atmosfery. Znając prężność par eteru i ciśnienia powietrza łatwo obliczyć, że przy średniej ciepłocie ($20^\circ C.$) w 10 litrach powietrza ulotnić się może tylko 23,75 ctm. sześć. eteru płynnego, w tym przypadku mieszanina powietrza i par eteru zrównoważy ciśnienie atmosferyczne, a procentowo składać się ona będzie z 60 części pary eteru i 40 części powietrza, czyli 3 : 2; ztąd wynika, że gdy człowiek oddechać będzie powietrzem nasyconem parami eteru, przyjmować będzie do płuc wtedy na 100 vv. mieszaniny 60 vv. pary eteru i tylko 40 vv. powietrza. Jeżeli przypuścimy, że eter tlen swój w związku zachowuje, to wypada, że do oddechania pozostaje tylko 8% tlenu, co bądź co bądź stanowi okoliczność ujemną.

Ponieważ w płucach ciepłota dochodzi do $37^\circ-33^\circ C.$, przeto prężność par eteru w tych warunkach równa się około 800 mm. rtęci, a zatem nie wiele jest większą od zwykłego ciśnienia atmosferycznego (760 mm.).

Jeszcze na jedną okoliczność musimy zwrócić tu uwagę. Wiemy, że punkt wrzenia eteru jest $35^\circ C.$, wiemy także, że większa część płynów tuż ponad ciepłotą wrzenia ulega rozkładowi, wnosić ztąd można, że przy ciepłocie $37,5^\circ C.$ pary eteru rozpadają się, czy zupełnie wszakże, czy następuje tu tylko częściowe

przemieszczanie atomów, o tem dotąd nie wiemy. Dla tego też nie chcemy tu mówić o wpływie par eteru na krew krążącą w naczyniach włosowatych płucnych, ale rozważymy tylko działanie ich na krew wypuszczoną z naczyń, a w szczególności na krążki krwi.

Mówiąc o chloroformie, zaznaczyliśmy, iż zbadać możemy wpływ jego na krążki krwi tylko w postaci pary, gdyż chloroform w płynie w bezpośrednim zetknięciu z krążkami zbyt szybko je niszczy, tak że zupełnie krążków rozetnać niepodobna. Inaczej rzecz się ma z eterem. Jeżeli świeżo przez nakłucie palca otrzymaną kroplę krwi pomieszcimy w nadmiarze eteru na szkiełku przedmiotowym, to po 4—5 godzinach ważniejszych zmian w krążkach drobnowidz jeszcze nie wykaże. Zachowują one charakterystyczny swój kształt, stają się tylko nieco jaśniejszymi i przezroczystszy. Patrząc na nie napłask, zauważyć tylko można bardziej uwydatnione zagłębienia środkowe, cienkim opasane wałeczkami, patrząc zaś z boku, zdają się one być węższymi niż w warunkach zwyczajnych. Łatwo też przekonać się można, że krążki pozbawione zostały swojej lepkości, tracą one łatwość przylegania, nie zatrzymują się nigdzie; gdy poruszone natrafiają na przeszkodę i ulegają zgięciu, to po usunięciu przeszkody powracają natychmiast do pierwotnej swojej wysmukłej postaci. Trudno to zresztą opisać, ale kto zechciałby sam obserwować, nabędzie pewnego przekonania, że krążki krwi pod wpływem eteru tracą swoją lepka powłoczkę, stają się jaśniejszymi, szczuplejszymi, smuklejszymi i łatwiej zmiennymi. Zmiany te zdają się nie ograniczać tylko do powierzchni krążków, ale zdają się one dotykać również i samego mięszu. (Dalej sięgające zmiany, jak kształt gwiazdowaty, pomarszczenie krążków, zazębienie ich brzegów, zdarzają się tu tylko bardzo rzadko). Eter posiada bardzo słabą spójność swych cząstek, od czego zależy niezwykła jego ruchliwość, niski punkt wrzenia, wielka lotność i łatwość szybkiego wnikania do mięszu narządów. Dla tego to jest prawdopodobnem, że eter wnika do ciała krążków krwi i samą treść ich luguje; jest przeto niewątpliwem, że jakkolwiek wogóle znacznych zmian morfologicznych eter w krążkach nie wywołuje, to jednakże czynności ich życiowe i zdolność życiową nadwiera. Co się tyczy działania par eteru, to ponieważ zmiany morfologiczne pod wpływem samego płynu nie są zbyt wyraźnymi, tem słabiej zarysują się pod wpływem działania par i dla tego specjalne badanie działania tych ostatnich jest zbyt cennym. Tyle co do zmian drobnowidzowych. Co się tyczy fizyologicznego i chemicznego wpływu eteru lub jego par na krążki krwi, to rzecz ta dotychczas nie była wcale badaną.

Jeżeli się teraz zwrócimy do warunków, jakie towarzyszą aktowi znieczulania za pomocą eteru, to przekonamy się, że wogóle możemy wyprowadzić mało ścisłych danych, cechujących zmiany w płucach, we krwi i w samym eterze. Wyżej powiedzieliśmy, że najwyższy stopień nasycenia powietrza eterem wynosić może 60% tego ostatniego; w zwykłych warunkach przechodzi on zaledwie 50%. Taka mieszanina wprowadzona do płuc dyfunduje z powietrzem, zawartem w pęcherzykach: przy akcji wydechania część eteru, która nie uległa dyfuzji, zostaje z płuc wydaloną, pozostała więc tylko reszta przenika do tkanek, do naczyń włosowatych i do krążków krwi, gdzie właściwe wywołuje zmiany. Niepodobna jest w liczbach oznaczyć, jaki procent eteru wydala się przy wydechaniu, jaki zaś zostaje wessanym, gdyż nie znamy współczynnika pochłaniania surowicy i krążków krwi dla par eteru, jak również nie znamy szybkości dyfuzyjnej par tych względem powietrza.

Wiadomo odnośnie do gazów i par, że w bliskości ciepłoty, w której one ulegają rozkładowi, pewna ilość ich cząstek już się rozkłada, i że punktem rozkładu danego gazu lub danej pary nazywamy ten stopień ciepła, przy którym już 50% wszystkich cząstek ulega rozkładowi, a zatem nie dochodząc do tego punktu mniejsza ilość cząstek, powyżej zaś onego większa ich ilość ulega roz-

kładowi. Możemy zatem twierdzić, że i pary eteru w płucach przy ciepłocie 37°—38° C. posłuszne będą prawu dysocjacyi i co najmniej nie w mniejszej części swych cząstek ulegną rozkładowi. Trudno określić, na czem ten rozkład polega. Z wielkiem tylko prawdopodobieństwem przypuścić można, że cząsteczki jego rozszczepiają się coraz bardziej, tworzą etylen C_2H_4 , a wreszcie acetylen C_2H_2 . Ten ostatni związek jest bardzo doniosłej wagi, gdyż posiada on silne bardzo powinowactwo do hemoglobiny, a przeto podobnie trująco działa na krew jak tlenek węgla. Gdyby wszystkie cząstki eteru ulegały rozczepieniu aż do wytworzenia acetylenu, to znieczulanie za pomocą eteru groziłoby zawsze wielkiem niebezpieczeństwem; powiedzieliśmy wszakże, że przy ciepłocie rozkładu tylko 50% cząstek danego ciała ulega rozkładowi, a ciepłota 37°—38° C. zdaje się nie być jeszcze punktem rozkładu dla par eteru, a zatem jeszcze mniejsza ilość jego cząstek niż 50% zamienić się może na acetylen. Skutkiem czego niebezpieczeństwa zatrucia acetylenem właściwie nie ma. Jasnym tylko ztąd jest to, jak ciemnymi i nierozwikłanymi są sprawy przy znieczulaniu parami eteru.

Godnem jest uwagi, że gdy po znieczuleniu chloroformem już w kilka minut po przebudzeniu się ustroj pozbywa się całej ilości chloroformu, to po działaniu eteru ten ostatni przez wiele godzin, a nawet przez przeciąg kilku dni w ustroju pozostaje, tak, że dość często we 24 godziny jeszcze po wdychaniu eteru można w powietrzu wydechanem za pośrednictwem powonienia wykryć eter. Zdaniem autora objaśnić należy fakt ten tem, że eter w płucach nie tylko przenika do naczyń włosowatych, ale i do tkanek; szybka przemiana gazów w krążkach krwi równie łatwo usuwa eter jak i chloroform, ale za to inne tkanki dłużej zatrzymują przenikły do nich eter i zwolna go tylko tracą. Czy eter opuszcza ustroj tylko w stanie nierozłożonym, czy też i pod postacią wzmiankowanych powyżej produktów rozszczepienia, o tem dotąd nic nie wiadomo.

Mówiąc o chloroformie wykazywaliśmy pożytek używania nie powietrza, ale czystego tlenu nasyconego parami chloroformu. Co się tyczy eteru, zupełnie mieszaniny tej nie badał N., najprzód już dla tego, że ze stanowiska praktycznego uważa on sam eter za nieodpowiedni środek znieczulający, z powodu jego niestałości, oraz zawikłanych procesów chemicznych, jakim w ustroju ulega, przy mieszaninie zaś ciała tego z czystym tlenem stosunki nietylko że nie stają się jaśniejszemi, ale prawdopodobnie jeszcze bardziej się wikłają. Mieszanina chloroformu z czystym tlenem nie pozostawia nic do życzenia, wystarcza tu mała tylko bardzo ilość chloroformu do znieczulenia, działanie jest niesłychanie szybkie, dla usypianego absolutnie nieszkodliwe, w tym względzie eter z chloroformem nie wytrzymuje porównania, a działanie mieszaniny eteru z czystym tlenem przedstawiałoby tylko interes czysto teoretyczny.

Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. T. 18. Zeszyt V i VI. Fr. Jawdyński.

69. O. Heubner. Błonica doświadczalna. (Praca nagrodzona. Lipsk 1883 str. 60 tab. I.)

Mając na celu zbadanie istoty sprawy błonicowej, Heubner przeprowadził w ostatnich czasach cały szereg badań; wywoływał on miejscowy dyfteryt na błonach śluzowych, a następnie ogólne zakażenie i starał się wynaleźć łączność pomiędzy tem ostatniem a sprawą miejscową; wyniki swych badań ogłosił autor w niedawno wyszłej rozprawie, która otrzymała nagrodę, wyznaczoną przez cesarzową niemiecką dla najlepszej pracy o dyfterycie.

Chcąc otrzymać miejscowe błonicowe zapalenie na błonie śluzowej, Heubner postępował zgodnie z badaniami Cohnheim'a i Litten'a, którzy wywołując czasowe powstrzymanie krążenia na pewnej przestrzeni błony śluzowej

otrzymywali na niej zapalenie, połączone z wysiękiem, doprowadzające ostatecznie do zgorzeli. Do doświadczeń swych wybrał autor błonę śluzową podstawy pęcherza moczowego u królików, gdyż w tem miejscu łatwo można wywołać miejscowy zastój w krwiobiegu, nie szkodząc bynajmniej krążeniu w pozostałych częściach pęcherza; zależy to od tego, że podstawa pęcherza otrzymuje krew z dwu tętnic, idących po obu jej stronach i wychodzących z szyi pęcherza (*art. vesicales super.*), z powrotem krew wraca przez żyły, biegnące równolegle do tętnic. Podwiązanie dobrze dawało się uskutecznić, przez nałożenie na pęcherz podwiązki ryczałtowej (*ligature en masse*) w pobliżu szyi pęcherza tuż nad ujściem moczowodów, po uprzednim ostrożnym wyciągnięciu całego narządu przez ciecie zrobione na linii białej tuż nad spojeniem łonowem; wszystkie te czynności wykonywano przy ścisłym przestrzeganiu postępowania przeciwnielego. We wszystkich doświadczeniach autor pozostawiał podwiązkę w przeciągu dwóch godzin, po upływie tego czasu zdejmował ją, następnie zaś, w różnym czasie po odjęciu ligatury, zwierzęta zabijał.

W miarę wcześniejszej lub późniejszej śmierci zwierzęcia spostrzegał mniejsze lub większe zmiany na błonie śluzowej. Gdy zwierzę zabito w ciągu 24 godzin po zdjęciu ligatury zmiany nie bywały zbyt wielkie. Cała prawie błona była nabrzękła, koloru nieco czerwonego lub ciemno-czerwonego, w niektórych miejscach widoczne były zgrubienia wałkowate, z których po nacięciu wypływało trochę płynu dość wodnistej. Pod mikroskopem uwidoczniło się, że płyn ten zbierał się w przestrzeniach między włóknami tkanki, w warstwie śluzowej, podśluzowej, a nawet mięsnej; na preparatach, stwardnionych w alkoholu, skrzepli płyn miał wygląd siatki o różnej wielkości oczkach; na gotowanych był całkiem jednolity, a na zamrażanych wyglądał ziarnisto. Naczynia były porozszerzane, białe ciała przylegały do ścian naczyń, w części zaś przechodziły na zewnątrz równie jak ciała czerwone; w miejscach, odpowiadających zabarwieniu ciemnoczerwonemu, znajdowały się wybroczyny tych ostatnich. Nabłonek był rozpęczniały i granice komórek prawie niewidoczne.

Nieco później rozpoczyna się już sprawa krzepnięcia i zgorzeli. Gdy zwierzę żyło do 30 godzin, widzimy, że występujące na błonie śluzowej wałki już nie opadają po przecięciu i zabarwienie mają całkiem czerwone; zawierają one skrzeplą surowicę, ciała białe i czerwone; nabłonek w wielu miejscach już nie można rozróżnić, gdyż zarysy komórek zupełnie znikają. W późniejszych okresach po skończonych dwóch dobach, pomiędzy wspomnianymi wałkami dają się dostrzedz ogniska blade żółte o słabym, połysku, złożone ze steżalej, ściętej, obumarłej tkanki; za ledwo w niej rozróżniamy kontury jąder pochodzących z uprzedniego nacieczenia; w tych samych miejscach na granicy między warstwą śluzową i podśluzową rozróżniamy pokład dobrze barwiących się jąder należących do naczyń warstwy podśluzowej i do przenikających jeszcze ciałek białych i czerwonych.

Stopniowo ogniska koagulacyjno-zgorzelinowe powiększają się coraz bardziej, zajmując nawet warstwę mięśniową, ilość zaś widocznych nacieczeń, złożonych z ciałek czerwonych, zmniejsza się, aż wreszcie wszystko przybiera postać jednolitej masy, w której tylko gdzieś niegdzie przy barwieniu udaje się wykazać rozrzucone jądra.

Czy można utożsamiać produkty zapalenia dyfterytycznego u ludzi z dopiero co opisanymi zmianami, wywołanymi sztucznie u królika? Według autora nie ulega to najmniejszej wątpliwości, gdyż cechy anatomiczne pseudodyfterytu *W e i g e r t'a* są zupełnie takie same jak cechy produktów zapalnych, wywołanych sztucznie na błonie śluzowej pęcherza u królika. Podwiązując zaś nie tylko błonę śluzową, lecz całą ścianę pęcherza, wywołał *H e u b n e r* nie pseudodyfteryt, lecz całkowitą błonice głębiej leżących tkanek, podobnie jak to bywa np. przy dysenteryi.

Dwa główne skutki podwiązania są następujące:

I. Obieg krwi na pewnej przestrzeni błony śluzowej zostaje całkowicie wstrzymany, przy czym jednak napięcie tkanek nie ulega żadnej zmianie, gdyż z powstrzymaniem dopływu ustaje i odpływ krwi przez żyły. Krew nie krzepnie i po zdjęciu podwiązki na nowo następuje krążenie z taką samą szybkością i pod takim samym ciśnieniem, jak uprzednio.

II. Drugim bardzo ważnym następstwem nałożenia ligatury jest pozbanienie tkanek pokarmu przez 2 godziny, gdyż zapas tlenu odbierany czas jakiś od ciałek czerwonych i białka z surowicy jest niewystarczającym dla tkanek. Bezpośrednim skutkiem tego będzie upadek odżywiania tkanek, prowadzący do zgorzeli nabłonka, błony śluzowej i podśluzowej, a nawet warstwy mięśniowej. Takie muż losowi ulegają ścianki naczyń, które są najwięcej odporne ze wszystkich tkanek i mogą nawet niekiedy powrócić do prawidłowego stanu; zmiany w ściankach naczyń (*moleculaire Alteration* C o h n h e i m'a) powodują drugi ważny czynnik w powstawaniu zgorzeli koagulacyjnej, oprócz samej zgorzeli tkanek, t.j. wysiękanie składników krwi przez zmienione naczynia do otaczającej tkanki. Gdyby naczynia uległy same całkowitej zgorzeli nie otrzymalibyśmy wcale wysięku, a wynikiem podwiązania byłaby zwykła zgorzeć błony śluzowej.

Według Heubner'a same zmiany w naczyniach i jako następstwo ich wysięk zapalny nie wystarczają jeszcze do powstania zgorzeli koagulacyjnej; trzeba przypuścić, że w czasie obumierania tkanki wydzielają pewną istotę włóknikotwórczą, która pod wpływem włóknikorodnej surowicy krwi daje produkt krzepnięcia większy co do objętości od pierwotnie istniejącej tkanki. Autor przekonał się, że przy naturalnem nastrzyknięciu naczyń, powstałym przez szczepienie lasecznika karbunkulowego, po uprzednim odjęciu ligatury z pęcherza, że do ostatnich prawie chwil życia zwierzęcia naczynia, przebiegające pośród tkanki już uległej zgorzeli, są jeszcze drożne, że więc krwiobieg istnieć w nich może, a tem samym są warunki powstawania coraz nowego wysięku w obumarłą tkankę.

Opierając się na wynikach swych doświadczeń, Heubner twierdzi, że na zasadzie podanego przez się wyjaśnienia możliwym jest w wielu razach powstawanie u ludzi dyfterytu bez zakażenia. Tak np. skurecz naczyń i przerwa w krwiobiegu, trwająca przez parę godzin wskutek zimna, czy to w pewnej przestrzeni błony śluzowej, czy też np. w torebce ścięgnistej, przez którą przechodzą naczynia migdałka, z następującem potem ponownem przywróceniem krążenia, może spowodować w 1½ do 2 dni powstanie produktów zapalnych zupełnie takich samych, jakie autor otrzymywał w swych doświadczeniach.

Nadmieniliśmy wyżej, że Heubner pseudodyfteryt Weigert'a uważa za jedno z błonicą tkanek; różnicę zaś ich zachowania się co do powstawania nowych błon po zdjęciu już istniejących w pierwszym razie i co do rozwoju owrzodzenia w drugim tłómaczy tem, że przy pseudodyfterycie ulegają zgorzeli koagulacyjnej powierzchowne tylko warstwy, istnieją zatem wszelkie warunki dla wytworzenia nowej błony, gdyż pozostała po zdjęciu błony warstwa ciałek białych, zawierających istotę włóknikotwórczą i nowy wysięk z naczyń nie uległych zgorzeli, zawierający istotę włóknikorodną, mogą spowodować nowe krzepnięcie, a więc nową błonę; tymczasem przy dyfterycie rzecz ma się inaczej, tu bowiem z powodu głębokiej zgorzeli tkanek, ulegają jej ostatecznie i same naczynia, nie mamy więc warunków rozwoju na nowo błon koagulacyjno-zgorzelinowych.

Błonica, wywołana przez autora u królika w sposób wyżej podany, była zawsze chorobą czysto miejscową. Zwierzęta nie traciły chęci do jedzenia, nie gorączkowały; szczepienie strupów dyfterytycznych innym zwierzętom nie dawało nigdy dodatnich wyników.

W drugiej części swej pracy H e u b n e r podaje wyniki prób sztucznego wywoływania ogólnego zakażenia po uprzednim rozwoju miejscowego zapalenia błonicowego.

Początkowo autor szczepił pod skórę pasorzyty czarnej krosty i tym sposobem wywoływał ogólne zatrucie, wskutek którego, zwierzęta zdychały bardzo szybko na czarną krostę. Przytem mógł się przekonać, że strupy dyfterytyczne, wywołane sztucznie na błonie śluzowej pęcherza, nabierały własności zakaźnych wtedy, gdy szczepienia dokonano przed ustaniem krążenia w naczyniach skrzepu; pasorzyty zawsze umiejscawiały się tylko w tych ostatnich, nigdy zaś nie przenikały do samej tkanki.

Szczepiąc błony dyfterytyczne z gardzieli przy samoistnej błonicy, lub przy błonicy towarzyszącej płonicy, autor otrzymywał następujące wyniki. W pierwszym razie następowało ogólne zakażenie, wskutek którego zwierzęta zdychały dość szybko; strupy dyfterytyczne szczepione innemu królikowi wywoływały jeszcze szybciej chorobę infekcyjną, połączone z silną gorączką i znacznym powiększeniem śledziony bez żadnej sprawy miejscowej; jeśli zaś autor próbował zaaszczepić jeszcze trzeciemu królikowi zdrowe części błony śluzowej, brane z drugiego szczepienia, wyniki zawsze były ujemne. U pierwszego i drugiego zwierzęcia w naczyniach błony śluzowej pęcherza i kłębków nerkowych widział laseczki, mające długości 1 μ , szerokości 0,5 μ , dobrze barwiącą się fioletem gencyjanowym; u trzeciego zwierzęcia pasorzytów tych autor nie widział.

Podobne wyniki otrzymywał H e u b n e r, szczepiąc błony dyfterytyczne zebrane z chorych na płonicę. I tu w każdym drugim szczepieniu zwierzęta zdychały szybciej, na zupełnie podobną chorobę infekcyjną jak uprzednio; i tu także wyniki szczepienia trzeciego bywały ujemne; jedno ze zwierząt w tym ostatnim szeregu szczepień zdechło na ropnicę.

W błonach dyfterytycznych przy płonicy autor spostrzegał kilka gatunków pasorzytów: *bacillus subtilis*, mniejsze i większe mikrokokki, a także krótkie laseczki, ułożone już to szeregami, już to kolonijami. Opisując sekcje zwierząt zdechłych po szczepieniu, autor wspomina, że widział pasorzyty w naczyniach błon dyfterytycznych w pęcherzu i w kłębkach nerkowych, nie wymienia jednak, jakie rodzaje pasorzytów tam napotykał. Idąc dalej, H e u b n e r przypuszcza, że wszystkie lub niektóre z nich mają własności septyczne i że na tej jedynie zasadzie następuje ogólne zakażenie, iż przeniesione na właściwy dla siebie grunt wywołują ogólne zakażenie; jeśli zaś istnieje pomiędzy nimi właściwy zarazek dyfterytyczny, to bardzo możliwą jest rzeczą, że i ten jest również natury czysto septycznej. Zdaniem autora przypuszczenie istnienia swoistych pasorzytów błonicowych nie mogłoby się ostać żadną miarą, gdyby się udało szczepieniem zwykłej śliny ludzkiej wywołać u zwierząt taką samą chorobę zakaźną, jaką otrzymywał przy szczepieniu błon dyfterytycznych. Postawiwszy sobie z góry takie założenie, autor podaje wyniki swych badań w tym względzie, zgodne z wynikiem prac V u l p i a n'a i K ü h n'a, a więc tem samym przeczy możliwości istnienia swoistego pasorzyta dyfterytycznego. Gdyby istniały takie pasorzyty, które mogą wywoływać ogólną infekcję u ludzi, to powinniśmy znaleźć je nietylko w nalocie dyfterytycznym, lecz i w naczyniach, podobnie jak to było u zwierząt; autor jednak nigdy nie widział ich pośród naczyń narządów dotkniętych błonicą.

Tak więc według H e u b n e r'a zarazka dyfterytycznego nie zaamy; jest to kwestyja do rozstrzygnięcia, lecz zapewne rozstrzygnąć ją będzie można za pomocą innych zupełnie metod badania. Choroba ogólna, wywoływana przez autora u zwierząt, może być o tyle poczytaną za dyfteryt, o ile przedstawia kombinację sprawy miejscowej z cierpieniem ogólnem, wywołanem jednak sztucznie i niezależnie od błonicy miejscowej.

(Prz. spr.) Pracę autora można uważać raczej jako bardzo dobry opis budowy i warunków powstawania miejscowej sprawy dyfterytycznej, niż jako rzecz, mającą na celu rozstrzygnięcie pasorzytnej natury błonicy. Ilość doświadczeń, wnosząc z opisu całej pracy, była nieco za małą do rozwiązania tej kwestyi, opis zaś doświadczeń niecałkowity i w wielu razach zamało szczegółowy, ażeby czytelnik mógł sam wyprowadzić ztąd jakiegokolwiek wnioski. Nastęrcza się przytem pytanie, dlaczego autor szczepił w trzecich szeregach doświadczeń zdrową błonę śluzową pęcherza, o której nie wspomniano, czy zawierała pasorzyty, a nie śledzionę, która była bardzo powiększoną i zapewne zawierać je musiała. Bardzo być może, że w tym ostatnim razie wyniki szczepienia wypadłyby dodatnio, nie zaś ujemnie; dla czego wreszcie nie ma najmniejszej wzmianki o próbach hodowli pasorzytów, o tej jedynej racjonalnej drodze do rozstrzygnięcia pasorzytnej natury jakiegokolwiek cierpienia?
M. Jakowski.

Wiadomości bieżące.

Warszawa. W szpitalach warszawskich znajduje się obecnie tak znaczna liczba przypadków tyfusu brzuszego, jak tego już dawno nie pamiętamy; również i na mieście więcej niż zazwyczaj się spotyka. Obok lekkich znajduje się bardzo dużo ciężkich postaci, tak np. robiona była niedawno sekeyja chorej, która cierpiała na tyfus nieobłożny (*ambulatorius*) i dopiero przedziurawienie kiszki zniwoliło ją do wstąpienia do szpitala. Drugi równie interesujący przypadek dotyczy młodej dziewczynki, która, przebywszy tyfus poronny (*abortivus*), dostała w okresie zdrowienia krwotoku kiszkowego i umarła przy objawach ostrego skażenia krwotocznego; slyszeliśmy o podobnym przypadku i na mieście.

— W przedostatnim numerze naszego pisma wyraziliśmy kilka uwag o działalności komisji wyznaczonej do robienia sprawozdań w Rocznikach Virchow'a i Hirsch'a. Miło nam, że uwagi nasze zyskały zupełne uznanie ze strony Przeglądu Lekarskiego, jak tego dowodzi obszernie i szczerze objaśnienie w ostatnim N-rze tego pisma pomieszczone. Z artykułu tego z przyjemnością dowiadujemy się, że komisya owa zupełnie na nowo zorganizowaną została, tak, że możemy mieć nadzieję, iż na przyszłość znajdziemy w Rocznikach Virchow'a całkowity obraz naszego piśmiennictwa.

-- Zmarł tu w ubiegłym tygodniu D-r Aleksander Starynkiewicz, lekarz szpitala wojskowego Ujazdowskiego, wychowanice tutejszego uniwersytetu, cieszący się najlepszą opinią w kołach lekarskich.

Kraków. Wydział krajowy mianował prof. Korczyńskiego przewodniczącym w komitecie administracyjnym tutejszego szpitala S-go Łazarza. „Przegląd lekarski Nr. 49“, podając tę wiadomość, dodaje iż „po znanej energii nowego przewodniczącego spodziewamy się, że urzędownie zostanie życzenie wszystkich lekarzy, aby zakład tak wielki, posiadający znakomite siły lekarskie, ogłaszał sprawozdania roczne, na wzór wychodzących w większych miastach Austrii i Niemiec, a które to sprawozdania są nader pouczającymi dla lekarzy i ważnymi dla kraju“.

Londyn. W Exeter Hall odbyło się przeszłego tygodnia pod przewodnictwem kanonika Ellisona zgromadzenie kobiet, celem obmyślenia środków działających przeciwko wzrastającemu opilstwu angielsk. Wedle statystyki policyjnej w roku zeszłym karano za pijaństwo 11872 kobiet. Jako jeden z powodów wzmaganie się nadużycia napojów wyskokowych u kobiet, uznano na temże zebraniu pozwolenie sprzedawania takowych handlom korzennym i dla tego zgodzono się, aby podczas przyszłej kadencyi parlamentu wnieść projekt ograniczający sprzedaż.

Do dzisiejszego N-ru Gazety Lekarskiej dołącza się dla wszystkich prenumeratorów prospekt na „Kuryer Codzienny“ na rok 1884, oraz dla prenumeratorów prowincjonalnych „Katalog nowych dzieł“ księgarni W-go Orgelbranda w Warszawie.

Najzapalczywszy **KATAR WYLECZONY**
Szybko i niekosztownie przez połknięcie
DWOCH

KAPSULEK GUYOTA

PRZY KAŻDEM JEDZENIU

Dawniej kapsułki te czarne i nieprzyjemne do połknięcia, są teraz białe i podobne do cukierka.

Na każdej kapsułce wydrukowany podpis: Guyot.

Smolę w KAPSULKACH GUYOTA zawartą znoszą najdelikatniejsze żołądki.

Uwaga. Dzieci i osoby nie umiejące połykać tych kapsulek mogą używać

PREPAROWANEGO

CIASTA REGNAUD

19, rue Jacob.

Na etykiecie powinien być ten podpis w trzech kolorach

Znajdują się we wszystkich aptekach

FABRYKACJA I RYCZAŁTOWA SPRZEDAŻ: 19 RUE JACOB W PARYŻU.

PRZECIW

Katarom, Grypie, Zapaleniu oskrzeli, Sirop i Pâte pectorale de Nafe, Delangrenier'a z Paryża posiadają skuteczność pewną i sprawdzoną przez Członków Francuskiej Akademii Medycznej; niezawierając w sobie ani Opium, ani Morfiny, ani Kodeiny, mogą być bez obawy dawane dzieciom dotkniętym Kaszlem albo Kokluszem.

Składy we wszystkich Aptekach Rossyi.

POKARM DLA DZIECI

Dla wzmocnienia dzieci i osób słabych na piersi, żołądek, bezkrwistych lub mających bladaczkę, najlepszym i najprzyjemniejszym śniadaniem jest **RACAHOUT** des Arabes (Rakatu Arabskie), pokarm pożywny i wzmacniający, przygotowany przez Delangreniera w Paryżu. Wystrzegać się podrobień.

Składy we wszystkich Aptekach Rossyi.

PROSZKI DO ZEBÓW PELLETIER'A

CZŁONKA PARYŻKIEJ AKADEMII LEKARSKIEJ

ODONTYNA PELLETIER'A { ELIXIR PELLETIER

Nadaje białości zębom bez psucia emalii i wstrzymuje próchnienie. Wzmocnia dziąsła, usmierza ból zębów, perfumuje usta.



Każde pudełko załepione jest pieczętką tu wydrukowaną, w czterech kolorach.

FABRYKA w domu L. FRERE 19 rue Jacob w PARYŻU.

U wszystkich Aptekarzy i w Składach perfum.

Każdy flakonik obłepiony jest pieczętką tu wydrukowaną, w czterech kolorach.



CHLORAL W PERELKACH LIMOUSIN'A.

Wodan Chloralu w postaci cukierków.

Chloral w perelkach Limousin'a jest zawarty w enkrowanej skorupce, co mu nadaje pozór cukierków okrągłych. Każdy z tych cukierków zawiera w sobie 25 centygrammów czystego i skryształizowanego chloralu. Zażyty w tej formie chloral nie sprawia uczucia dławienia w gardle i nie ma tego nieprzyjemnego smaku, jaki posiada wodan chloralu rozpuszczony w piynie.

Porównanie odpowiada tu wszelkim warunkom ścisłości a sprawdzenie czystości produktu jest łatwym i natychmiastowym.

Pięć do dziesięciu cukierków wywiera wpływ uspokajający i sprowadza sen. Każdy flakon zawiera w sobie 40 białych cukierków, które mają po 25 centigram. najczystszej wody chloralu.

Chloral w perelkach Limousin'a znajduje się w Paryżu w aptece Limousin'a 2 bis rue Blanche w Rossyi we wszystkich główniejszych aptekach i składach materyjalów aptecznych.

PISMO LEKARSKIE TYGODNIOWE

„MEDYCYNISKIJ WIESTNIK”

poświęcone wszelkim kwestyjom stanu lekarskiego i wszystkim gałęziom medycyny naukowej i praktycznej i higieny

(23-ci rok wydawnictwa)

wychodzić będzie w r. 1884 według tego samego programu i pod tą samą redakcją co i w roku ubiegłym.

W skład pisma wchodzi:

1). Artykuły odnoszące się do stosunku stanu lekarskiego do społeczeństwa i społeczeństwa do lekarzy (z uwzględnieniem głównie ujemnych stron stanu lekarskiego w Rossyi).

2). Artykuły ze wszystkich gałęzi nauk lekarskich teoretycznych mające bezpośredni interes kliniczny.

3). Artykuły z dziedziny medycyny klinicznej.

4). Artykuły naukowe i publicystyczne o kwestyjach higieny państwowej i prywatnej.

5). Krytyka i biblijografija—referaty głównejszych prac zagranicznych i rossyjskich.

6). Kronika, nowości naukowe, sprawozdania z posiedzeń towarzystw naukowych i t. d.

7). Ogłoszenia.

Autorowie raczą nadsyłać prace w listach rekomendowanych pod adresem redaktora B. B. S w i a t ł o w s k a w o (Petersburg, Newski prospekt, № 123, m. 4.)

Cena prenumeracyjna roczna: z przesyłką 8 rs., bez przesyłki 7 rs. półrocznie z przesyłką 4 rs., bez przesyłki 3 rs. 50 kop.

Prenumeratę przyjmują wszystkie księgarnie oraz główny kantor redakcyi „Medycynskawo Wiestnika”: Petersburg, Nikołajewskaja, № 43 (przy drukarni B. P. Jampolski'go).

Redaktor wydawca B. G. Jampolskij.

Redaktor W. W. Światłowski. 3—1

3-ci rok wydawnictwa pisma miesięcznego:

„MEZDUNARODNAJA KLINIKA”

które wychodzić będzie zeszytami, po 3—5 arkuszy druku, in 8-o, raz na miesiąc pod redakcją W. N. POPOWA, według następującego programu:

1). Odezyty oryginalne i tłumaczone, oraz artykuły odnoszące się do wszystkich gałęzi medycyny teoretycznej i praktycznej.

2). Referaty i recenzyje nowszych dzieł lekarskich i przyrodniczych.

3). Opis nowych środków lekarskich.

4). Obrony rozpraw doktorskich—i

5). Ogłoszenia.

Cena prenumeracyjna = 4 rs. rocznie. Za zmianę adresu 28 kop. Ogłoszenia po 20 kop. za wiersz petitu lub jego miejsce. Dla studentów cena prenumeracyjna rocznie 3 rs. 60 kop.

Prenumeratę przyjmuje się wyłącznie w kantorze redakcyi: Petersburg, Wyborgskaja stona, Niżgorodskaja ulica № 27, w księgarni lekarskiej N. N. Cyłowa. 3—1

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE UNIVERSELLE

DES SCIENCES MÉDICALES

avec **Index alphabétique annuel** indiquant les matières contenues dans les journaux spéciaux et les ouvrages publiés en toutes langues et dans tous les pays, classés d'après l'ordre méthodique des sujets traités, suivi d'une **Table alphabétique des auteurs**, publication mensuelle dirigée par le Docteur C-te Meyners d'Estrey.

L'objet de cette Revue est de mettre le praticien et l'auteur à même de retrouver immédiatement les sources à consulter pour un sujet quelconque.

La **Revue bibliographique** formera tous les ans un fort volume grand in 8-o d'au moins 600 pages. Prix de l'abonnement: 30 fr. par an. Pour s'abonner, il suffit d'écrire à **M. Ch. Gremiaux**, secrétaire général, place Saint-Michel, 6, Paris.

PAPIER FAYARD et BLAYN

PARYŻ, rue Saint-Merry 30.

Leczy: katary, choroby piersiowe, reumatyzmy, oparzenia i nagniotki.
Znajduje się we wszystkich aptekach.

U Wydawcy Gazety Lekarskiej

(Dr. Kondratowicz, Marszałkowska 49).

są do nabycia pojedyncze tomy

GAZETY LEKARSKIEJ

po cenie 5 rs. za tom (z przesyłką)

Rok 1881. N-rów 53—stron 1093 i CCXLIII—drzeworytów 31—dwie tablice litografowane i jedna chromolitografowana.

Rok 1882. N-rów 52—stron 1080 i CCXVI—drzeworytów 40—jedna tablica fotodrukowana i jedna litografowana. 0—4

W PRACOWNI CHEMICZNO-LEKARSKIEJ

SZPITALI WARSZAWSKICH

Istniejącej w gmachu szpitala Ś-go Ducha, Elektoralna Nr. 12, dokonywa rozbiórów chemicznych, poszukiwań mikroskopowych i t. p. badań wchodzących w zakres patologii i higieny. Zawiadujący pracownią

Dr. L. Nencki

chemik szpitali warszawskich.

12—10

GAZETA LEKARSKA.

PISMO TYGODNIOWE
POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOSCI LEKARSKICH.

Cena Gazety Lekarskiej: w Warszawie: rocznie 5 rs., półrocznie 2 rs. 50 kop., na prowincyi,
w Cesarstwie i za granicą: rocznie 6 rs., półrocznie 3 rs.

Cena ogłoszeń. Trzy pierwsze po kop. 15 za wiersz drobnem pismem, lub za jego miejsce
następne po kop. 10.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. Gajkiewicz Władysław. Wydawca: Dr. Kondratowicz Stanisław.

Adres Redaktora. Marszałkowska Nr. 45. Adres Wydawcy: Marszałkowska Nr. 49.

OGŁOSZENIA.

D-r Goldschmidt z Berlina,

posiadający język polski, praktykuje w porze zimowej w la Spezia R. d. Levante, w lecie zaś
w Reichenhall. 6—3

Dr. Tymowski.

praktykuje jak lat poprzednich w San Remo. 20—18

Wydawnictwo Gazety Lekarskiej.

Wyszła z druku nakładem Gazety Lekarskiej

FARMAKOLOGIJA

professorów **Nothnagel'a i Rossbach'a.**

PRZEKŁAD Z 4-0 WYDANIA NIEMIECKIEGO.

Cena dzieła wynosi **Rs. 6** z przesyłką **Rs. 6 k. 50.**

Nabywać takowe można w **Redakcyi Gazety Lekarskiej**, Marszałkowska 45.

oraz we wszystkich Redakcyjach warszawskich czasopism lekarskich. 0—30

KAPSUŁKI I PIGUŁKI
Z BROMKU KAMFORY

DOKTORA CLIN

Laureata facultetu medycznego w Paryżu. — Nagroda Montyon.

KAPSUŁKI i PIGUŁKI Dra CLIN z bromku kamfory używają się w chorobach nerwowych, mózgowych, w dolegliwościach sercowych i oddechowych, oraz w następujących przypadłościach: astmie, bezsenności, kaszlach nerwowych, spazmach, palpatacjach, kokluszach, epilepsyi, konwulsjach, zawrotach głowy, zagłuszeniu, gorączkach, migrenie, w chorobie pęcherza i kanałów moczowych i na uspokojenie całego organizmu.

NALEŻY WYSTRZEGAĆ SIĘ PODROBIEŃ, I WYMAGAĆ, JAKO GWARANCJE, NA KAŻDYM FLAKONIE MARKĘ FABRYKI (ZASTRZEŻONĄ), OPATRZONĄ W PODPIS

Clin & Cie i Medal Nagrody Montyon

Nabywać można w Paryżu u Clin et Cie, 14, rue Racine; zaś w Warszawie i na prowincyi za pośrednictwem wszystkich aptekarzy u których znajdują się jednocześnie

PIGUŁKI ŻELAZNE D^{ra} RABUTEAU.

PIGUŁKI ŻELAZNE D^{ra} RABUTEAU

LAUREATA INSTYTUTU FRANCYI

PIGUŁKI ŻELAZNE RABUTEAU są pokryte cukrem.

Liczne studia, dokonywane w szpitalach przez professorów fakultetu paryzkiego wykazały stanowczą skuteczność Pigulek żelaznych Rabuteau w następujących słabościach: *blednicy, bezkrwistości, w utratkach krwi, w ogólnej niemocy, wycieńczeniu, w rekonwalescencyach, w słabościach dzieci i wszystkich w ogóle słabościach spowodowanych brakiem krwi.*

PIGUŁKI ŻELAZNE RABUTEAU nie czernią zębów. dają się trawić najslabszym osobom nie powodując obstrukcyi. Zażywać regularnie po trzy pigułki rano i wieczorem przed jedzeniem.

Kuracja żelazem za pomocą pigulek Rabuteau jest bardzo oszczędna, stanowi ona bardzo mały wydatek dziennie.

Należy wystrzegać się podrobień, i wymagać jako gwarancję na każdym flakonie pigulek żelaznych D-ra RABUTEAU markę fabryki (zastrzeżoną) opatrzoną w podpis: **Clin & Cie i Medal Nagrody Montyon.**

Nabywać można w Paryżu u Clin i Cie, 14, rue Racine; zaś w Warszawie i na prowincyi za pośrednictwem wszystkich aptekarzy.

KAPSUŁKI MATHEY-CAYLUS

Wyrobu D-ra Clin — Nagroda Montyon

„KAPSUŁKI MATHEY-CAYLUS z essencji drzewa sandałowego w połączeniu z essencyami balsamicznymi są zalecane przez lekarzy na choroby zastarzałe i nowopowstałe, białe upławy kobiet, na choroby kanału moczowego i wszelkie przypadłości kanałów moczowych.

„Z powodu delikatnej karukowej obłonki KAPSUŁKI MATHEY-CAYLUS trawią się przez osoby najwątlesze nawet i nie szkodzą w niczem żołądkowi.“

(Gazeta Szpitali Paryzkich).

Zażywać 9 do 12 kapsulek dziennie. Szczegółowy opis dodaje się do każdego flakonu.

Należy wystrzegać się podrobień i wymagać jako gwarancję, na każdym flakonie KAPSULEK MATHEY-CAYLUS markę fabryki (zastrzeżoną) opatrzoną w podpis:

Clin & Cie i Medal Nagrody Montyon.

Nabywać można w Paryżu u Clin et Cie, 14, rue Racine; zaś w Warszawie i na prowincyi za pośrednictwem wszystkich aptekarzy u których znajdują się jednocześnie pigułki żelazne Dra Rabuteau.

GAZETA LEKARSKA.

Treść. I. Wł. Oltuszewski. Dwa przypadki porażen mięśni oddechowych krtani. — II. A. Rosenthal. Przypadek porażenia korowego wraz z głuchotą wyrazową. — *Notatki lekarskie.* 30. Wł. Matlakowski. Wydobywanie szpilki podwójnej (od włosów) z pęcherza przez rozszerzoną cewkę moczową. — *Dział sprawozdawczy.* 63. Neudörfer. Przyczynek do działania eteru i tlenku azotu. — 69. O. Henbner. Błonica doświadczalna praca nagrodzona. Lipsk. 1883. str. 60, tab. I. — Wiadomości bieżące. — Dodatek. — Ogłoszenia.

Z ODDZIAŁU DLA CHOROBY GARDEŁA I KRTANI D-RA HERINGA W SZPITALU ŚW. ROCHA.

I. DWA PRZYPADKI PORAŻEŃ MIĘŚNI ODDECHOWYCH KRTANI.

Podał

Władysław Oltuszewski,

b. asystent kliniki terapeutycznej.

Hejzler Teodor, lat 50 liczący, stolarz, wstąpił do szpitala 20. I r. b. z powodu ogólnego osłabienia, w szczególności zaś rak i nóg. Chory bladej, wynędzniały; podściółki tłuszczowej prawie zupełnie nie ma, mięśnie bardzo wiotkie. Chory mówi bardzo niewyraźnie; opowiedział nam co następuje: ojciec jego umarł na „obrzęk“, matka cierpiała na obłąd i skończyła życie samobójstwem. Chory żonaty, bezdzietny, nadużył płciowych się nie dopuszczał, napojów wyskokowych używał niewiele. Do czasu obecnej choroby był zupełnie zdrow i mowa była zupełnie wyraźna. Obecna choroba rozpoczęła się przed rokiem (jak chory utrzymuje wskutek wilgoci w mieszkaniu) od bólu głowy i ogólnego osłabienia, głównie kończyn dolnych. Pomimo tego chory zajmował się jeszcze swoją pracą do Nowego Roku. Około Nowego Roku stan jego się pogorszył, gdyż kończyny dolne zaczęły drżeć przy chodzeniu, a przy robocie heblem ręka szła to na prawo, to na lewo, przyczem siła w ręku znacznie się zmniejszała; taki stan zmusił chorego do zupełnego spoczynku.

Przed Wielkanocą chory zauważył, że często nie może zatrzymać moczu, a w parę dni wystąpiło odrazu znaczne pogorszenie, a mianowicie zamglenie wzroku, dwojenie się w oczach, niewyraźna mowa, krztuszenie się podczas jedzenia, zupełny bezwład kończyn dolnych i górnych. Stan ten trwał około 4 tygodni. Powoli zaczął się chory poprawiać i podnosić; mowa stała się wyraźniejszą; mniej się krztusił przy jedzeniu.

Obecnie stan chorego jest następujący:

Asymetrii w twarzy nie ma. Analgezyja skóry twarzy z obu stron i na przednich trzech czwartych częściach skóry głowy. Uczucie dotyku w tych miejscach zachowane. Prawa źrenica szersza niż lewa, obie umiarkowanie zwężone i oddziałują na światło i konwergencyję. Ruchy gałek ocznych prawidłowe, przyczem występuje wahanie się (*nystagmus*). Siła wzroku prawidłowa. Barwy chory rozpoznaje dokładnie; dwojenia nie ma, chociaż chory utrzymuje, że na odległość stu kroków widzi podwójnie. Badanie oftalmoskopem nie godnego uwagi nie wykrywa. Smak i węch niezmienny; inteligencyja w zupełności zachowana; mowa niewyraźna: często chory się zacina i powtarza pierwsze dźwięki wyrazów.

Język nie zbacza i ruchy wykonywa prawidłowo. Powierzchnia języka nieznacznie falisto się kurczy. Języczek i łuki podniebienne biorą bardzo nieznaczny udział przy wydawaniu głosu. Błona śluzowa dziąseł, gardzieli i podniebienia nieczuła na ból. Przy łykaniu płynów chory krztusi się, przyczem często pokarmy wracają przez nos.

Badanie wziernikiem krtaniowym bardzo łatwe, nagłośnia w tył zagięta i potrzeba ją unieść zgłębnikiem, chcąc dokładnie widzieć struny głosowe. Manipulacyja ta bardzo się łatwo udaje, gdyż cała krtani na dotyk zupełnie nieczuła. Dotykaniem zgłębnikiem strun głosowych nie wywołuje najmniejszego odruchu. Struny głosowe zmiętałe, bez połysku, zresztą sama błona śluzowa krtani nie godnego uwagi nie przedstawia. Przy wdychu struny głosowe albo stoją zupełnie na miejscu, pozostawiając szparę na 5 milimetrów, albo, jak to bywa przy silnym wdychu, zupełnie się do siebie zbliżają. Chory nie doświadcza żadnej duszności. Klatka piersiowa płaska, granice płuc prawidłowe; na klatce piersiowej słycać oddech pęcherzykowy; kaszlu ani plwociny nie ma. Liczba oddechów na minutę 18. Tętno serca czyste, słabe; uderzeń tętna na minutę 100. Ciężota ciała prawidłowa; język obłożony. Łaknienie dobre, brzuch umiarkowanie wzdęty, bolesny nieco w dolku podsercowym; wypróżnienia wolne, dwa razy dziennie; wątroba i śledziona nie godnego uwagi nie przedstawiają. Ilość moczu na dobę 1000 ctm. sześciennych; białka ani cukru mocz nie zawiera; oddawanie moczu swobodne. Chód utrudniony z rozstawionemi i wyprostowanemi nogami, przyczem przednie końce stóp chory suwa po podłodze. Przy chodzeniu chory prawą nogę wysuwa naprzód i nazewnątrz, przyczem całą stopą uderza o podłogę (słaby bezład prawej kończyny dolnej). Przy ruchach biernych daje się zauważyć opór we wszystkich stawach; w stanie spoczynku widać na kończynach dolnych drżenie włókienkowe. Ruchy czynne możliwe z dość znaczną siłą. Przy podnoszeniu kończyn można zauważyć nieznaczny bezład (*ataxia*) prawej kończyny dolnej, cechujący się ruchem na prawo, lub na lewo. Odruchy kolanowe (*Kniephänomen*) silnie wzmocnione. Odruch stopowy (*Fussphänomen*) istnieje z obu stron, z lewej większy. Odruch podeszwowy istnieje. Odruchy mięśnia trójgłowego, zginaczy i od okostnej wzmocnione. Czucie dotyku, umiejscowienia, ciepłoty i ciśnienia zachowane. Uczucie bólu zmniejszone (ukłucie szpilką odczuwa jako takie, ale przytem bólu nie doświadcza). Czucie mięśniowe zachowane. Na górnych kończynach nie ma drżenia włókienkowego. Ruchy czynne możliwe ze zmniejszoną siłą. Drżenie wyprostowanych i odwiedzionych palców bardzo małe.

Na zasadzie powyższych objawów jako to: niedowład kończyn, ich sztywności, wzmocnienia odruchów, osłabienia wzroku, wahanía się gałek ocznych, zmian w gardzieli i krtani, utrudnienia mowy, chorobę rozpoznałem jako *sclerosis disseminata*, a zmiany w gardzieli i krtani jako niedowład podniebienia miękkiego, niedowład mięśnia *depressoris* nagłośni (*paresis m. thyreo aryepiglottici*), bezczulość gardzieli i krtani i nakoniec bezwład mięśni nalewko-obrączkowych tylnych (*paralysis mm. crico-arytaenoidorum post.*).

Wszystkie powyżej przytoczone zmiany w gardzieli i krtani w zupełności dadzą się objaśnić sklerozą, która, jako sprawa rozrzucona, może dotyczyć rozmaitych nerwów. W naszym przypadku zmiany te dotyczyły: nerwu trójdzielnego (znieczulenie błony śluzowej jamy ustnej, gardzieli, niedowład podniebienia miękkiego), nerwu krtaniowego górnego (znieczulenie krtani i niedowład *depressoris* nagłośni), i nakoniec gałęzek nerwu krtaniowego dolnego, idących do mięśni rozszerzających głośnię (bezwład mięśni nalewko-obrączkowych tylnych).

Przypadek opisany służy jako ilustracja do początkowych okresów bezwładności mięśni nalewko-obrączkowych tylnych, gdzie nie mamy prawie żadnych objawów podmiotowych, a niedowład wykrywamy tylko za pomocą wziernika krtaniowego.

Rokowanie, i tak już niepomyślne co do stanu ogólnego, w naszym przypadku pogarsza się jeszcze podwójną zmianą w gardzieli i krtani, t. j. z jednej strony niedowładem mięśnia depresora nagłośni i znieczuleniem krtani, co może powodować wpadanie ciał obcych do krtani i jako następstwo spowodzić zapalny stan płuc (*Fremdkörperpneumonie, Schluckpneumonie*), z drugiej zaś strony porażeniem mięśni nalewko-obrączkowych tylnych, co w późniejszych okresach może spowodować duszność i ewentualnie operację przecięcia tchawicy. Leczenie może być tylko objawowe. Spostrzeżenie to zasługuje na uwagę z tego względu, że w odnosnej literaturze nie znalazłem ani jednego opisu porażenia mięśni obrączko-nalewkowych tylnych przy *sclerosis disseminata* ¹⁾.

Drugie spostrzeżenie dotyczy Małgorzaty Karczewskiej, 33 lat liczącej, która wstąpiła do szpitala S-go Rocha, 5. V. r. b. z powodu silnej duszności, utrudniającej chorej w zupełności zajmowanie się pracą. Objawy, z jakimi chora wstąpiła do oddziału, na pierwszy rzut oka robią wrażenie organicznego zwężenia krtani: oddech bardzo utrudniony, połączony z głośnym syczącym szmerem, wydech zupełnie swobodny, głos nieco ochryply. Od czasu do czasu chora kaszle i przy ruchach polykania wykrzywia twarz boleśnie. Z wywiadów dowiedziałem się, co następuje: ojciec chorował na padaczkę, dwie siostry podobno zmarły na suchoty; w dzieciństwie chora przebywała ospę i sinicę. Zaczęła miesiączkować w 18 roku i podczas pierwszej regularności zaziębiła się, przyczem cała opuchła i oddawała mało moczu; w 25 roku wyszła za mąż; w pierwszych latach dwa razy rodziła bliźnięta, ostatni zaś poród był przed dwoma laty. Przy porodach tych okazała się potrzeba zastosowania kleszczy.

¹⁾ Porażenie oddechowe przy *sclerosis multilocularis* opisał Feliks Semon w pracy swojej o porażeniach oddechowych w 1882 r. (P. R.)

Obecna choroba rozpoczęła się w Grudniu r. b. od silnego kaszlu, duszności i chrypki. Przy końcu Grudnia duszność doszła do tego stopnia, że chorą odwieziono do szpitala Dz. Jezus, gdzie dokonano operacji przecięcia tchawicy. Duszność wkrótce ustąpiła, po niejakiu jednak czasie zaczęła powoli wracać, co zmusiło chorą udać się na początku Marca do szpitala św. Ducha. Chorą widziałem w ostatnich dniach mojej klinicznej asystentury, gdzie wspólnie z kolegą *Goldflamem* znaleźliśmy stan następujący.

Silna ciągła duszność z powodu utrudnionego wdechu, wydech swobodny, głos nieco ochryply; w płucach nieznaczny nieżyt oskrzeli. Silny ból przy dotykaniu lewej połowy brzucha (*ovaralgia dextra*). Ruchy czynne kończyn dolnych zachowane, osłabienie ich z lewej strony. Odruchy kolanowe wzmocnione. Chód prawidłowy. Czucie dotyku, ciepłoty, bólu, ciśnienia z lewej strony zupełnie zniesione (*hemianaesthesia sinistra*). Zmysł mięśniowy zachowany. Znieczulenie nerwu węchowego, słuchowego i smakowego z lewej strony. Slepota na barwy lewego oka; ograniczenie pola widzenia i siły wzroku z lewej strony. Wtedy zwróciliśmy głównie uwagę na objawy w obrębie sfery nerwowej i chorobę rozpoznałismy jako histeryję. Chora nie była badana wziernikiem krtaniowym. O ile się dowiedziałem od kolegi *Goldflama*, który w następstwie chorą obserwował, w dniu 31. III. znieczulenie przeszło z lewej strony na prawą (*transfert*), przyczem i ból jajnika umiejscowił się także z prawej strony. Podczas pobytu swego w szpitalu Ś-go Ducha chora miewała dwojakiego rodzaju napady duszności, które jednakże nie trwały ciągle, a zjawiały się w pewnych przestankach, w czasie których czuła się zupełnie dobrze i nie miała najmniejszej duszności. Jedne napady, podczas których duszność była dość silna, ale ciągła, t. j. trwała kilka lub kilkanaście dni, odpowiadały obecnemu stanowi chorej, drugie krótkie, podczas których duszność dochodziła do bardzo wysokiego stopnia, do objawów duszenia się, odpowiadały, o ile mi się zdaje, stanowi chorej w szpitalu Dz. Jezus (gdzie wykonano operację przecięcia tchawicy).

Chora z nieznaczną poprawą opuściła szpital w dniu 29. IV. Po krótkim czasie, bo już na początku Maja, znalazłem chorą w szpitalu Ś-go Rocha w następującym stanie: blada, słabo odżywiana. Na szyi widać bliznę po zrobionej operacji przecięcia tchawicy. Wdech ze świstem, silnie utrudniony, co szczególnie występuje przy ruchach czynnych. Przy badaniu nosa znalazłem przerost muszel dolnych i skrzywienie przegrody nosowej wypukłością skierowane ku stronie lewej. Błona śluzowa gardzieli nic godnego uwagi nie przedstawia. Badanie wziernikiem krtaniowym nieslychanie utrudnione. Obraz krtani następujący: przy wdechu struny głosowe, zamiast się rozchodzić, w zupełności zbliżone są do siebie i pozostawiają w tylnej części nieznaczny trójkąt, wierzchołkiem skierowany ku przodowi, a podstawą do tylnej ściany krtani (przyczyna utrudnionego wdechu); przy wydechu struny głosowe nieznacznie się rozchodzą; podczas wydawania głosu struny głosowe zbliżają się do siebie i pozostawiają w przedniej części eliptyczną szparę, a w tylnej nieznaczny trójkąt, także podstawą skierowany do tylnej ściany krtani. Zbliżenie się strun głosowych podczas wydawania głosu trwa bardzo krótko, poczem struny gło-

we szybko się rozchodzą. Zresztą błona śluzowa krtani wygląda zupełnie prawidłowo. Przy badaniu zglebnikiem okazuje się znieczulenie nagłośni i wejścia do krtani.

Klatka piersiowa płaska, granice płuc nieco obniżone, oddech wszędzie pęcherzykowy, a przy wdechu słychać stenotyczny szmer, przeniesiony z krtani; nigdzie nie słychać rzeżeń, plwociny nie ma. Liczba oddechów na minutę 24. Tętno serca czyste, tętno uderza na minutę 60 razy. Język czysty, łaknienie zmniejszone, wypróżnienia opieszale, brzuch wzdęty, bolesny na dotyk z prawej strony (*ovarygia dextra*). Przy podwójnem badaniu wyczuwa się macicę na dotyk nieco bolesną. Przy użyciu wziernika macicznego widać śluz wypływający z otworu części pochwowej, a na ustach macicznych powierzchowne owrzodzenie.

Uspokojenie chorej bardzo zmienne i władze umysłowe słabo rozwinięte. Sen niespokojny z powodu przeszkody w oddechaniu, przyczem szmer stenotyczny utrzymuje się i podczas snu. Ruchy czynne na kończynach możliwe i jednakowe z obu stron. Przy ruchach biernych nie wyczuwa się żadnego oporu. Odruch kolanowy z obu stron jednakowo wzmocniony; chód prawidłowy. Uczucie bólu, dotyku, ciepłoty i ucisku zniesione na całej prawej połowie ciała (*hemianaesthesia dextra*). Chora nie rozróżnia, w jakim położeniu znajdują się kończyny z prawej strony, z lewej zaś strony rozróżnia dokładnie. Zrenice oddziałują na światło prawidłowo. Ruchy gałek ocznych i akomodacja prawidłowa; chora nie rozpoznaje barw prawem okiem, lewym zaś rozróżnia dokładnie; pole widzenia i siła wzroku z prawej strony znacznie zmniejszone. Osłabienie słuchu, węchu i smaku z prawej strony.

Na zasadzie opisanego szczegółowego badania chorobę rozpoznałem jako histeryję, a zmiany w krtani jako bezwład mięśni obrączkowo-nalewkowych tylnych i znieczulenie nagłośni (*paralysis bilateralis abductorum chordarum vocalium et anaesthesia epiglottidis hysterica*).

W czasie pobytu chorej w szpitalu duszność była ciągle jednakowa, jak w dzień tak i w nocy; krótkich paroksyzmów nadzwyczajnej duszności, dochodzącej do zaduszenia, jakie były obserwowane w szpitalu Ś-go Duchy, w zupełności nie było. Chora pozostawała w obserwacji do 8-go Czerwca i opuściła szpital w zupełnie dobrym stanie, przyczem i głos w zupełności wrócił. Chorej przez cały czas pobytu jej w szpitalu podawano bromek potasu i strychninę (po $\frac{1}{30}$ gr. na dobę). W miesiącu Sierpniu widziałem chorą u siebie w domu i dowiedziałem się, że niedawno miała napad drgawek z utratą przytomności i że duszność, choć w mniejszym stopniu, nanowo powróciła. Obraz laryngoskopijny zupełnie był podobny do wyżej opisanego, tylko przy wdechu struny głosowe mniej się zbliżały do siebie.

Przyczyna opisanego bezwładu u naszej chorej, po opisie szczegółowym ogólnego jej stanu, zdaje się być tylko histerycznego pochodzenia.

Różniczkowe rozpoznanie w tym przypadku głównie dotyczy skurczu głosni, gdyż inne przyczyny, podane powyżej w etjologii, z łatwością wykluczaliśmy. Otóż pod tym względem pomiędzy autorami, co do histerycznego pochodzenia porażenia mięśni nalewko-obrączkowych tylnych panuje niezgodność zdań

Riegl¹⁾), choć sam nie obserwował ani jednego przypadku porażenia mięśni nalewko-obrączkowego histerycznego pochodzenia, utrzymuje, że z rozpoznaniem podobnych porażen trzeba być bardzo oględnym. Według jego zdania nawet dłużej trwający napad duszności, czyli ciągła duszność, może przemawiać za skurczem głośni, a wcale nie za porażeniem, gdyż przyjąwszy nawet w tych przypadkach nie skurcz głośni, lecz porażenie mięśni obrączko-nalewkowych tylnych, trwające kilka lub kilkanaście dni, porażenie to warunkuje się tylko skurczem antagonistów. Ziemssen²⁾ utrzymuje, że jeżeli duszność jest ciągła, to na zasadzie, że u dorosłych częściej spotykamy porażenie mięśni niż skurcz głośni, przyjmuje przemijające bezwłady pochodzenia histerycznego. Z poglądem Ziemssena zgadzają się w zupełności Biermer i Penzoldt. Mackenzie³⁾ przyjmuje także możebność porażen pochodzenia histerycznego. Niedawno Duncan⁴⁾ opisał spostrzeżenie podobne do naszego przypadku i na tej zasadzie co inni także przyjmuje porażenie pochodzenia histerycznego. U naszej chorej, według mego zdania, winniśmy rozróżnić ciągłą duszność, trwającą pewien czas i ta zdaje się być zależna od bezwładu, i krótkie napady nadzwyczajnej duszności, dochodzącej do zaduszania, a te zdają się być zależne od skurczu głośni. Nie trudno jest w histeryi przyjąć możebność podobnej kombinacji; wspomina o niej Elsberg⁵⁾.

W ogóle spostrzeżeń bezwładu mięśni nalewko-obrączkowych pochodzenia histerycznego mamy niewiele (Naunyn, Schiffers, Biermer, Ziemssen, Semon, Burrow, Duncan). Porażenia te różnią się od bezwładów innego pochodzenia tem, że występują nagle, to jest, że nagle powstaje duszność, której towarzyszy charakterystyczny szmer wdechowy, utrzymujący się podczas snu. Przy porażeniach tych głos jest zachowany tylko w tych przypadkach, gdzie mięśnie fonacyjne nie biorą żadnego udziału (w naszym przypadku dwa mięśnie fonacyjne, a mianowicie *thyreo-aryt. internus* i *transversus*, brały udział). Porażenia histeryczne przebiegają szybko, to jest powstają nagle i z łatwością ustępują, a z tego powodu dają lepsze rokowanie. Zapoznanie się z bezwładem podobnego rodzaju ważne jest pod względem leczenia, gdyż w tych przypadkach daleko rzadziej wypada uciec się do operacji przecięcia tchawicy. Porażenia histeryczne często z łatwością ustępują pod działaniem, bądź to prądu przerywanego, bądź stałego, strychniny i środków przeciwhisterycznych.

Dla uzupełnienia powyżej opisanego przypadku pozostaje odpowiedzieć jeszcze na następujące pytania: jak wytłómaczyć sobie powstawanie podobnych porażen w histeryi, od czego zależy nieczułość nagłośni, niepełne schodzenie się strun głosowych przy wdechu, mianowicie powstawanie z tyłu opisanego trójkąta, dalej jak wytłómaczyć sobie obraz laryngoskopijny przy wydawaniu

1) Ueber respiratorische Paralysen. Sammlung klinischer Vorträge. Nr. 95. 1875.

2) Handbuch der Krankheiten des Respirationsapparates.

3) Die Krankheiten des Halses und Nase.

4) Paralysie des muscles crico-aryténoidiens postérieurs d'origine nerveuse. Revue mensuelle de laryngologie d'otologie et de rhinologie. Nr. 13. 1881.

5) Des paralysies des muscles du larynx. Revue mensuelle. Nr. 12. 1882.

tonów, dla czego porażenie opisane raz występowało, drugi raz znikало i czy w danym przypadku operacja przecięcia tchawicy winna była być wykonaną. Powstawanie podobnych porażen w histeryi trudno sobie wytłómaczyć, jak w ogóle trudno zdać sobie sprawę z objawów jakiejkolwiek choroby o niewiadomej podstawie anatomo-patologicznej. Podobnie jak bezwład mięśni krtani, rzecz to zwykła, że zdarzają się w histeryi bezwłady i innych mięśni, które również powstają bez widocznej przyczyny i same po pewnym czasie dobrowolnie ustępują. Choć w podobnych przypadkach nikt sekcyi nie robił, przypuszczać jednak się godzi, że ani w samym mięśniu, ani w pniach nerwowych, ani w ośrodkach niewieleby się znalazło, czego najlepszym dowodem służy ustępowanie porażen i powrót ich bez widocznej przyczyny. Znieczulenie nagłośni i wejścia krtani często przytrafia się w histeryi i zależy od pewnych zmian w nerwie krtaniowym górnym. Zbliżanie się strun głosowych tylko w przednich częściach przy wdechu objaśnić sobie można niezupełnem porażeniem mięśni nalewko-obrączkowych i nieznacznym udziałem, jaki wzięły w porażeniu mięśnie ścieśniające głośnię, mianowicie mięsień poprzeczny. Obraz laryngoskopijny przy wydawaniu tonów objaśniam sobie porażeniem dwu mięśni zwierających głośnię, a mianowicie: *thyreo-aryt. internus* i *m. transversus*. Ustępowanie i powrót porażen tłómaczę sobie zmiennością w ogóle objawów histeryi, podobnie jak to widzieliśmy w przejściu znieczulenia z jednej strony na drugą. Nareszcie co się tyczy operacyi przecięcia tchawicy, to o ile w innych przypadkach podobnych porażen niehisterycznego pochodzenia operacyja ta często staje się nieodzowną, o tyle tutaj często jest zbyteczną. Najlepszy dowód, że dość ciężki stan, w jakim chora przybyła do szpitala, w zupełności ustąpił pod działaniem strychniny i bromku potasu.

W końcu winienem dodać, że czasami podczas badania histeryczek, zamiast napięcia przy wdechu mięśni rozszerzających głośnię, następuje napięcie mięśni zwężających głośnię, w skutek czego obraz laryngoskopijny zupełnie będzie podobny do opisanego przypadku. Stan ten, tak zwane „*die perverse Action der Stimmbänder*,” różni się od porażenia mięśni nalewko-obrączkowych tem, że nie przeciąga się długo i że zwężenie i towarzysząca mu duszność ustępują w zupełności podczas snu.

Niedawno Frankel¹⁾ opisał obserwacyję, dotyczącą pewnego posługacza szpitalnego w Charité, u którego wspomniane odwrotne zachowanie się strun głosowych przy wdechu i wydechu nastąpiło po przebytem zapaleniu dyfterytycznem gardzieli i krtani. W ogóle obserwacyj, dotyczących odwrotnego zachowania się strun głosowych przy wdechu i wydechu niehisterycznego pochodzenia, bardzo niewiele i przyczyna podobnego stanu pozostaje, jak dotychczas, w zupełności nieznaną.

1) Kehlkopfsstenose in Folge fehlender Glottiserweiterung bei der Inspiration.

II. PRZYPADEK PORAŻENIA KOROWEGO WRAZ Z GLUCHOTĄ WYRAZOWĄ.

(Rzecz czytana na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego).

Spostrzegal

D-r Albert Rosenthal.

Podstawa anatomiczna zaburzeń mowy nie jest dotąd jeszcze faktem ściśle określonym, co usprawiedliwia opublikowanie każdego podobnego przypadku stwierdzonego badaniem pośmiertnym. Tem więcej uzasadnionym jest opis przypadku, w którym zaburzenie mowy nosiło odrębny i rzadko spostrzegany charakter, znany pod mianem głuchoty wyrazowej (*Worttaubheit*) lub niemoty zmysłowej. Charakterystyka zaburzenia uwydatni się w opisie następującego przypadku.

W. S. aptekarz 37-letni przyjęty został do szpitala Ś-go Jana Bożego w dniu 13 Września 1882 r.. Badanie choroby stwierdziło następujące dane. W Grudniu 1878 r. wskutek napadu apoplektycznego powstało porażenie prawej połowy ciała, które w ciągu trzech miesięcy zupełnie ustąpiło. W Sierpniu 1879 roku chory dotknięty został napadem drgawkowym, który spowodował niemotę i porażenie lewej połowy ciała. Drgawki te powtarzać się miały co 3—4 dni, trwały po kilka minut przy zupełnej utracie świadomości. To upływie trzech miesięcy drgawki oraz niemota ustąpiły zupełnie, porażenie również zmniejszyło się. W Kwietniu 1880 r. nastąpił trzeci napad, który spowodował porażenie lewej połowy ciała, niemotę, oraz zupełną głuchotę. W dalszym przebiegu do chwili przybycia chorego do szpitala stan jego nieznacznej uległ zmianie. Występujące niekiedy objawy pobudzenia i rozdrażnienia spowodowały pomieszczenie chorego w zakładzie. W latach dziecięcych spostrzegane były napady padaczkowe, a przed laty siedmiu chory dotknięty był przymiotem.

Status praesens. 13 Września 1882 r. Chory dość silnej budowy ciała, dobrze odżywiany; stan bezgorączkowy. Głowa budowy prawidłowej, z włosami rzadkimi, żadnych zresztą zboczeń nie przedstawia. Na twarzy zauważyć się daje niesymetryczność: lewa brózdka noso-wargowa jest mniej wyraźną aniżeli prawa. Żrenice rozszerzone, lewa nieco więcej, oddziaływanie ich na światło słabe. Język z trudnością wysuniętym być może, przyczem koniec jego zbacza w stronę lewą. Mowa chorego zredukowaną jest do kilku jedynie wyrazów, jakoto: „chory“, „boli“, przyczem wskazuje na kończyny lewe, które też oznacza: „ręka“, „noga“. Zresztą chory innych wyrazów nie wygłasza. Pytania do siebie zwróconych chory wcale nie pojmuje; na zapytanie o nazwisko nie jest w stanie ani ustnie ani też piśmiennie odpowiedzieć; na piśmienne zaś zapytanie, pisze swe nazwisko. Zapytany, czy głowa boli, lub proszony o pokazanie języka — pozostawia pytającego bez odpowiedzi. Chory pojmuje jednak niektóre pokazane mu znaki, gdy np. wskazuję na głowę, wtedy przeczącem poruszeniem głowy daje poznać, iż nie ma bólu głowy; przy pokazaniu mu języka, sam też takowy wysuwa. Słuch chorego nie jest bynajmniej stepionym; zarówno szmer jak

przemówienie do niego zwracają jego uwagę, słyzy uderzenie zegarka, nie pojmuje on jednak słów do niego powiedzianych. Wie on o tem sam, a wskazując na swe uszy, wymawia z trudnością wyraz: „głuchy“. Badanie wzziernikiem usznym nie wykryło żadnych zbroceń w narządzie słyhu. Co do pojmovania wyrazów napisanych jest ono również zniesionem, gdyż na pismienne zapytanie: „jak się obecnie czuje?“ odpowiada niezgrabnem napisaniem swego nazwiska. Otoczenie swe jednak poznaje i podczas odwiedzania go przez krewnych zachowuje widoczną świadomość swego położenia. Kończyna górna prawa jest w stanie prawidłowym, lewa zaś jest bezwładną i przykurzoną. Przy ruchach biernych niepodobna wyprowadzić stawu łokciowego (lewego) ze zgięcia ostrokątneho, niemniej nie daje się usunąć przykurczenie w stawach śródpięstkoczołnowych lewej ręki. Pobudzalność faradyczna i galvaniczna mięśni i nerwów okazuje się niezmienną w porównaniu z kończyną prawą. Uczucie dotyku i bólu okazują się niezmiennymi; dokładne jednak badanie czucia niemożliwem jest z powodu trudnego porozumienia się z chorym. Kończyna dolna lewa jest wyprostowaną; podniesiona nie pozostaje w nadanej jej pozycyi lecz opada. Przy ruchach biernych w kolanie jak również w stawie stopowym znaczny napotyka się opór. Natomiast kończyna dolna prawa tak co do ruchów biernych jak i czynnych jest w stanie prawidłowym. Odruch kolanowy z prawej strony jest znacznie wzmożonym; przy uderzeniu zaś lewego ścięgna rzepkowego następuje silne drżenie całej kończyny, co ma też miejsce przy zgięciu grzbietowem (*Dorsalflexion*) lewego palucha. Drżenie to kloniczne (*Dorsalclonus*) przechodzi niekiedy też na kończynę dolną prawą, trwa kilka sekund i może być zniesionem przez zgięcie podeszwowe (*Plantarflexion*). Uczucie, jako też pobudzalność elektryczna mięśni i nerwów, nie przedstawiają żadnej nieprawidłowości. Chory pozostaje wciąż w położeniu leżacem, jest jednak w stanie zrobić kilka kroków bez pomocy. Badanie narządów ciała wykazuje prawidłowe stosunki. Oddawanie moczu i kału prawidłowe. Stan psychiczny chorego również widocznych nie przedstawia zbroceń, chory zdaje się posiadać świadomość swego stanu, płacze często, zachowuje się zresztą spokojnie, sen ma dobry.

W ciągu całorocznego pobytu w szpitalu stan chorego pozostawał jednakowym i nieznaczne tylko zauważyć się dały zmiany. Mowa pozostała jak przedtem ograniczoną do kilku wyrazów; chory nie pojmuje też obcej mowy zupełnie. Przykurczenie lewej kończyny górnej wzmożło się jeszcze, mięśnie ramienia i przedramienia uległy zanikowi. Ruchy dowolne kończyny dolnej lewej zmniejszyły się jeszcze bardziej. Zaburzeń psychicznych nie spostrzeżono wcale. W ostatnim miesiącu wystąpiły objawy zapalenia nieżyłowego w szczycie płuca prawego, gorączka, wyniszczenie. Na 14 dni przed śmiercią utworzyła się ostra odleżyna w okolicy krętarza lewego, a dnia 2. X. 1883 r. chory życie zakończył.

Przy oględzinach pośmiertnych znaleziono: *Bronchopneumonia in apice dextro. Hepar adiposum. Gastroenteritis catarrhalis. Decubitus. Encephalitis corticalis gyri centralis posterioris dextri et g. temporalis 1' et 2' sinistri.*

Co się tyczy mózgu to opony jego, prócz znacznego obrzęku w okolicy zawoju ciemieniowego wstępującego prawego (*g. postcentralis dexter*), nic szczególnego nie przedstawiają. Po oddzieleniu opony miękkiej w tem miejscu widzimy zniszczenie w postaci nieregularnej jamy, której brzeg przedni stanowi wazki pasek zawoju ciemieniowego wstępującego, tylną i wewnętrzną ściankę zrazik przysrodkowy (*lob. paracentralis*), oraz części niezniszczone zrazika ciemieniowego górnego (*lob. parietalis sup.*), zewnętrzna zaś (czyli dolna) ścianka zlewa się z brózdą Sylwiusza. Nierówne dno dolka stanowi zbita tkanka czerwono zabarwiona. Wymiar podłużny dolka wynosi $2\frac{1}{2}$ — $3\frac{1}{2}$ ctm., poprzeczny $3\frac{1}{2}$ —4 ctm., głębokość 5—8 mm. Zawój ciemieniowy wstępujący niekniętym jest w $\frac{1}{3}$ przedniej części w całej długości, $\frac{2}{3}$ zaś części tylnych zniszczone, jak również przyległe części zawoju ciemieniowego górnego (*lob. parietalis sup.*) i dolnego (*g. parietalis inf. v. supramarginalis*). Pozostałe zawoje na prawej półkuli mózgu zachowane. Na półkuli lewej zwraca uwagę zwięźlenie zawoju skroniowego pierwszego (*g. temporalis sup.*), którego tylna (górna) $\frac{1}{3}$ część, jakoteż przyległa część zawoju skroniowego drugiego jest zniszczoną i zmienioną w czerwoną zbitą masę. Oba zawoje przedstawiają zagłębienie w tem miejscu, gdzie przechodzą w zawój ciemieniowy dolny (*g. supramarginalis*) i kątowy (*g. angularis*); wymiar zniszczenia wynosi $1\frac{1}{2}$ —2 ctm.. Badanie drobnowidzowe części przyległych zniszczeniu wykazało: naczynia mocno nastrożone znaczną ilością bezbarwnych ciałek w stanie stłuszczenia, widać też ciała czerwone, podległe zwyrodnieniu barwnikowemu; komórki nerwowe w stanie stłuszczenia i rozpadu. Zdaje się więc, iż mamy tu ślady sprawy zapalnej. *Encephalitis corticalis*. Badanie dokładne istoty białej i podstawy mózgu możebnie będzie dopiero po dostatecznym stwardnieniu mózgu. W rdzeniu kręgowym już w stanie świeżym zwróciłem uwagę na szare zabarwienie pęczka tylnobocznego lewego; po stwardnieniu zaś i badaniu drobnowidzem okazało się zwyrodnienie wtórne (*secundäre Degeneration*) tego pęczka.

Epicrisis. W powyższym przypadku mamy do czynienia z lewostronnem porażeniem połowiczem wraz z przykurczeniem, które to objawy winniśmy odnieść do zmian wykazanych w istocie korowej prawej półkuli mózgu. Zniszczenie istoty korowej dotyczy prawie całego zawoju ciemieniowego wstępującego, oraz przyległych części zawoju ciemieniowego górnego i dolnego (p. wyżej). Główny nacisk winniśmy położyć na zniszczenie zawoju ciemieniowego wstępującego, który zgodnie z doświadczeniami fizjologów, oraz badań klinicystów uznanym został jako ośrodek ruchowy. Jako o analogicznym wspomnę tu o opisanym przez Charcot'a i Pitres'a przypadku porażenia prawego nerwu twarzowego, oraz porażenia połowiczego wraz z przykurczeniem, w którym badanie pośmiertne wykazało rozmięczenie $\frac{2}{3}$ części dolnych zrazika ciemieniowego wstępującego lewego, oraz zwyrodnienie wtórne pęczka tylnobocznego prawego w rdzeniu kręgowym.

Nierównie ważniejszem jest skonstatowane w powyższym przypadku zaburzenie mowy, polegające na zupełnem niepojmowaniu mowy obcej i tem spowodowanej mniejszej lub większej niemocie, zaburzenie, znane w nauce pod nazwą głuchoty wyrazowej (*Worttaubheit*, Kussmaul) lub właściwej niemoty zmysłowej

(*sensorische Aphasie* — *Wernicke*). Głuchota wyrazowa spowodowała w naszym przypadku zupełną prawie niemotę, fakt spostrzegany zresztą i w innych przypadkach, w których chorzy wymawiali jedynie następujące wyrazy: „ja“, „mama“, „if you please“. W innych podobnych przypadkach mowa bywa dość płynną, lecz fałszywą wskutek braku korekcyi, jaką dokonywa u ludzi zdrowych ośrodek korowy słuchu. Mamy tu więc do czynienia z rodzajem głuchoty duchowej (*Seelentaubheit*), jaką wywoływał *Munk* zwierząt przez zniszczenie części płatów skroniowych mózgu. Anatomiczna podstawa niemoty zmysłowej, którą *Wernicke* pierwszy umiejscowił w tylnej części pierwszego i przyległej części drugiego zawoju skroniowego z lewej strony, została w powyższym przypadku w zupełności stwierdzoną. Godnem uwagi jest ściśle ograniczenie się sprawy chorobowej do wyżej wspomnianych zawojów, gdyż w innych przypadkach znajdowano obszerniejsze zniszczenie nie tylko zrazu skroniowego lecz i przyległych płatów mózgu. Z liczby 8-u znanych w literaturze przypadków wraz z oględzinami pośmiertnymi, przypadek nasz pod względem dokładnego umiejscowienia zajmuje trzecie miejsce (*Wernicke, Broadbent*). Wspomnieć też należy o długotrwałości cierpienia, (około 2½ lat), jakiej w żadnym przypadku dotąd nie spostrzegano. Niemota zmysłowa posiada skłonność do ustępowania po pewnym czasie, szczególnie jeżeli drugi zraz skroniowy jest nietkniętym, oraz gdy nie następuje zanik innych zawojów mózgu. W danym przypadku pomimo nieznacznego zaniku części 2-óch zawojów skroniowych z jednej strony, zaburzenie mowy przez długi okres trwania pozostało bez zmiany.

NOTATKI LEKARSKIE.

30. Wydobycie szpilki podwójnej (od włosów) z pęcherza przez rozszerzoną cewkę moczową.

Z. Zońja, 12-letnia blada dziewczyna, przybyła do mojego oddziału w szpitalu Dzieciątka Jezus, skierowana łaskawie przez kol. *Wł. Krąjewskiego* d. 27. XI. r. b. Chora opowiada, że, bawiąc się, 4 dni temu wepchnęła sobie szpilkę do cewki, z kąd ta wśliznęła się pęcherza. Chora żali się na ból, szczególnie przy oddawaniu moczu, zwłaszcza ku końcowi; na częste parcie na mocz. Przy badaniu znajdujemy, że brzuch jest mały; ścianka brzuszna w okolicy nadłonowej naprężona, bolesna szczególnie w miejscu, odpowiadającym dolnemu końcowi lewego mięśnia prostego brzucha (*m. rectus abdominis*); tu odporność ścianki brzusznej większa. Srom zaczerwieniony. Zgłębnik macieczny wprowadzony do pęcherza natrafia na szpilkę odrazu i przy uderzeniu o nią wydaje dźwięk, zdaleka dający się usłyszeć. Przy badaniu *per rectum* nie wyczuwa się nic nadzwyczajnego w stronie pęcherza, t. j. ku przodowi.

30. XI. zatem w tydzień po wepchnięciu szpilki przy łaskawej pomocy kol. *Krajewskiego* i *Garbowskiego* chora została zachloroformowaną, poczem powoli zostało wprowadzone zwierciadło cewkowe *Simona*, najmniejszego kalibru; potem numer wyższy, wreszcie reszty rozszerzenia dokonał mój palec wskazujący, który wydał mi się odpowiedniejszym z powodu swej miękkiej powierzchni, elastyczności i możności kierowania się własnem czuciem przy napotykanii oporów. Wtedy okazało się przy badaniu palcem, iż szpilka leży w poprzek pęcherza w ten sposób, iż jeden koniec skierowany jest na lewo

i nieco ku przodowi, drugi leży z prawej strony i więcej od tyłu. Gdzie znajdują się końce ostre, trudno było na pewno powiedzieć, gdyż palcem nie można było dosięgnąć ani zgięcia podkowatego ani końców ostrych, można tylko było na mocy bólu domyślać się, iż te ostatnie wparte są w błonę śluzową z lewej strony.

Nie mając w swem rozporządzeniu żadnych narzędzi do wydobywania ciał obcych z pęcherza, posługiwałem się zaimprovizowanym instrumentem, który okazał mi się wybornym, tak, że go mogę kolegom polecić w podobnych razach, a mianowicie zagiąłem gruby srebrny, zwyczajny, tępo kończasty zgłębnik tak, aby się utworzył kulas, i tym kulasem manewrując, starałem się zaczepić za szpilkę; skoro się to udało, zacząłem pociągać za szpilkę od strony lewej, atoli szpilka wcale się z miejsca nie poruszała. Wtedy przekonawszy się, że w lewej stronie pęcherza są końce ostre, wprowadziłem palec do pęcherza i starałem się końcem palca poruszyć, zepchnąć z miejsca koniec prawy, poczem znowu wprowadziłem kulas (bez pomocy wziernika) i zawadziwszy za szpilkę, za koniec prawy, tym razem wyciągnąłem ją szczęśliwie.

Szpilka była większego kalibru, niezgięta i za ledwie zaczynająca rdzewieć.

Przebieg był wysmienity. D. 10. XII chora opuściła szpital zupełnie będąc zdrową. Od pierwszego dnia, t. j. od samej operacji nie było wcale inkontynencji; chora stale sama oddawała mocz. Bóle w pęcherzu natychmiast prawie zupełnie ustały. Boleści przy oddawaniu moczu w cewce były bardzo nieznaczne i trwały przez kilka dni. Chora pierwszej nocy oddawała 3 razy mocz, poczem potrzeba oddawania moczu coraz stała się rzadszą. Przez czas dłuższy pozostało stwardnienie i bolesność bardzo wyraźna w miejscu ponad gałęzią poziomą kości łonowej lewej. Odnieść je należy na karb podrażnienia i wpicia się ostrych końców szpilki w tem miejscu w błonę śluzową pęcherza, którego ścianka zgrubiała, a może też części na karb ograniczonego zapalenia okołopęcherzowego.

Przy wprowadzaniu drugiego numeru wziernika powstało pęknięcie cewki i błony śluzowej przedsiönka (*vestibulum vulvae*) w kierunku ku lechtaczce, długości $\frac{1}{4}$ ctm.. Otóż ja umyślnie nie nacinałem wejścia do cewki, dla tego, że w podobnym przypadku widziałem raz żywe krwawienie mięszone następcze. U mojej chorej podczas operowania było krwawienie prawie żadne, potem zaś, po wyjęciu szpilki wcale go nie było. Przez czas gojenia się ani zacerwienia sromu, ani obrzmienia, ani wydzielinę ropnej nie było. Mocz od pierwszego dnia był czysty.

Największy opór przy wprowadzeniu wskaziciela wyczuwałem w samym wejściu do cewki (*orificium vulvae*), głębiej opór był bezporównania mniejszy.

Leczenie następcze polegało na przestrzykiwaniu sromu po każdym mokrzeniu roztworem kwasu bornego i okładaniu płatkami z wody ołowianej.

Podczas leczenia powstała i trwała trzy dni bardzo obfita, z ogromnemi plamami pokrzywka na całym ciele, a zwłaszcza na kończynach.

Wł. Matlakowski.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

68. Neudörfer. Przyczynek do działania eteru i tlenku azotu.

W N-rach 35 i 36 Gaz. Lek. z r. b. streściliśmy pracę tegoż autora, dotyczącą działania chloroformu. Autor zapowiada cały szereg prac nad działaniem środków znieczulających, celem dania wskazówek praktykom do wyboru w danym przypadku jednego z tych środków.

I. O eterze.

Eter, który, jak wiadomo, otrzymuje się przez działanie kwasu siarczanego na alkohol, a który chemicznie przedstawić można w typie wody, gdzie oba atomy wodoru są zastąpione przez rodniki etylu $\left(\begin{array}{l} C_2H_5 \\ C_2H_5 \end{array} \right) O = C_4H_{10}O$

zawiera najczęściej ślady wody i alkoholu. Płyn ten nader ruchliwy, właściwego zapachu i palącego smaku, wrze przy ciepłocie $34,9^\circ C.$, a nie marznie nawet przy $-90^\circ C.$ Przy 0° ciężar właściwy eteru równa się 0,73568. Jedna część wody rozpuszcza się w 50 cz. eteru, jedna zaś część eteru w 14 częściach wody. Bardziej rozpuszczalnym jest eter w kwasie solnym, z wyskokiem miesza się w każdym stosunku: rozpuszcza żywice, tłuszcze, alkaloidy, także siarkę, fosfor, jod, brom i t. d. Może on pochłaniać kwas węglany w wielkiej ilości i bardzo wielką ilość amonijaku. Zachowany nawet w dobrze zamkniętych naczyniach, a tem łatwiej przy dostępie powietrza ulega niezbadanemu dotąd jeszcze rozkładowi; zdaje się, że wytwarza wtedy kwas octowy. Eter bardzo lotny nawet przy niskiej ciepłocie daje pary, których gęstość teoretycznie = 2,557, empirycznie zaś 2,581. Prężność par eteru wynosi przy ciepłocie $0^\circ C.$ 182,34 mm., a przy $20^\circ C.$ 433,20 mm.. Ulatniając się, eter wiąże dużo ciepła, z kąd mocno oziębiające jego działanie; łatwo zapala się, a pary jego pomieszane z powietrzem tworzą mieszaninę silnie wybuchającą. Eter wchodzi w liczne związki chemiczne, z tego też względu nie jest związkiem stałym, czem się różni w wysokim stopniu od chloroformu.

Dla ocenienia wartości eteru w chirurgii musimy, jak to uczyniliśmy przy chloroformie, rozpatrzyć tu niektóre zasadnicze pytania.

Najprzód zachodzi pytanie, ile objętości pary daje jedna objętość eteru płynnego. Wziąwszy w rachubę ciężar gatunkowy eteru i gęstość jego par, łatwo obliczyć, że 1 ctm. sześć. eteru płynnego przy średniej ciepłocie, mianowicie przy $20^\circ C.$ i średnim ciśnieniu atmosfery daje 240 ctm. sześć. pary eteru. Ztąd wynika łatwość dozowania par eteru przy stosowaniu ich celem znieczulenia, a mianowicie, jeżeli chcemy, aby objętość 10 litrów powietrza zawierała 5.10 lub 15% par eteru, to należy tylko do owych 10 litrów powietrza dodać 2,083, 4,166 lub 6.249 ctm. sześć. eteru płynnego.

Jakkolwiek dowolnie możemy powiększać procentową zawartość par eteru w danej objętości powietrza, to jednakże czynić to możemy tylko do pewnych granic, zakreślonych daną prężnością par eteru jak i powietrza przy właściwej ciepłocie i ciśnieniu. Wiadomo, że przy mieszaniu gazów następuje dyfuzja ich wzajemna, która dotąd trwać może, dopóki suma ciśnień obu gazów nie wyrówna ciśnieniu atmosfery. Znając prężność par eteru i ciśnienia powietrza łatwo obliczyć, że przy średniej ciepłocie ($20^\circ C.$) w 10 litrach powietrza ulotnić się może tylko 23,75 ctm. sześć. eteru płynnego, w tym przypadku mieszanina powietrza i par eteru zrównoważy ciśnienie atmosferyczne, a procentowo składać się ona będzie z 60 części pary eteru i 40 części powietrza, czyli 3 : 2; ztąd wynika, że gdy człowiek oddechać będzie powietrzem nasyconem parami eteru, przyjmować będzie do płuc wtedy na 100 vv. mieszaniny 60 vv. pary eteru i tylko 40 vv. powietrza. Jeżeli przypuścimy, że eter tlen swój w związku zachowuje, to wypada, że do oddechania pozostaje tylko 8% tlenu, co bądź co bądź stanowi okoliczność ujemną.

Ponieważ w płucach ciepłota dochodzi do $37^\circ-33^\circ C.$, przeto prężność par eteru w tych warunkach równa się około 800 mm. rtęci, a zatem nie wiele jest większą od zwykłego ciśnienia atmosferycznego (760 mm.).

Jeszcze na jedną okoliczność musimy zwrócić tu uwagę. Wiemy, że punkt wrzenia eteru jest $35^\circ C.$, wiemy także, że większa część płynów tuż ponad ciepłotą wrzenia ulega rozkładowi, wnosić ztąd można, że przy ciepłocie $37,5^\circ C.$ pary eteru rozpadają się, czy zupełnie wszakże, czy następuje tu tylko częściowe

przemieszczanie atomów, o tem dotąd nie wiemy. Dla tego też nie chcemy tu mówić o wpływie par eteru na krew krążącą w naczyniach włosowatych płucnych, ale rozważymy tylko działanie ich na krew wypuszczoną z naczyń, a w szczególności na krążki krwi.

Mówiąc o chloroformie, zaznaczyliśmy, iż zbadać możemy wpływ jego na krążki krwi tylko w postaci pary, gdyż chloroform w płynie w bezpośrednim zetknięciu z krążkami zbyt szybko je niszczy, tak że zupełnie krążków rozetnać niepodobna. Inaczej rzecz się ma z eterem. Jeżeli świeżo przez nakłucie palca otrzymaną kroplę krwi pomieszcimy w nadmiarze eteru na szkiełku przedmiotowym, to po 4—5 godzinach ważniejszych zmian w krążkach drobnowidz jeszcze nie wykaże. Zachowują one charakterystyczny swój kształt, stają się tylko nieco jaśniejszymi i przezroczystszy. Patrząc na nie napłask, zauważyć tylko można bardziej uwydatnione zagłębienia środkowe, cienkim opasane wałeczkami, patrząc zaś z boku, zdają się one być węższymi niż w warunkach zwyczajnych. Łatwo też przekonać się można, że krążki pozbawione zostały swojej lepkości, tracą one łatwość przylegania, nie zatrzymują się nigdzie; gdy poruszone natrafiają na przeszkodę i ulegają zgięciu, to po usunięciu przeszkody powracają natychmiast do pierwotnej swojej wysmukłej postaci. Trudno to zresztą opisać, ale kto zechciałby sam obserwować, nabędzie pewnego przekonania, że krążki krwi pod wpływem eteru tracą swoją lepka powłoczkę, stają się jaśniejszymi, szczuplejszymi, smuklejszymi i łatwiej zmiennymi. Zmiany te zdają się nie ograniczać tylko do powierzchni krążków, ale zdają się one dotykać również i samego mięszu. (Dalej sięgające zmiany, jak kształt gwiazdowaty, pomarszczenie krążków, zazębienie ich brzegów, zdarzają się tu tylko bardzo rzadko). Eter posiada bardzo słabą spójność swych cząstek, od czego zależy niezwykła jego ruchliwość, niski punkt wrzenia, wielka lotność i łatwość szybkiego wnikania do mięszu narządów. Dla tego to jest prawdopodobnem, że eter wnika do ciała krążków krwi i samą treść ich luguje; jest przeto niewątpliwem, że jakkolwiek wogóle znacznych zmian morfologicznych eter w krążkach nie wywołuje, to jednakże czynności ich życiowe i zdolność życiową nadwiera. Co się tyczy działania par eteru, to ponieważ zmiany morfologiczne pod wpływem samego płynu nie są zbyt wyraźnymi, tem słabiej zarysują się pod wpływem działania par i dla tego specjalne badanie działania tych ostatnich jest zbyt cennym. Tyle co do zmian drobnowidzowych. Co się tyczy fizjologicznego i chemicznego wpływu eteru lub jego par na krążki krwi, to rzecz ta dotychczas nie była wcale badaną.

Jeżeli się teraz zwrócimy do warunków, jakie towarzyszą aktowi znieczulania za pomocą eteru, to przekonamy się, że wogóle możemy wyprowadzić mało ścisłych danych, cechujących zmiany w płucach, we krwi i w samym eterze. Wyżej powiedzieliśmy, że najwyższy stopień nasycenia powietrza eterem wynosić może 60% tego ostatniego; w zwykłych warunkach przechodzi on zaledwie 50%. Taka mieszanina wprowadzona do płuc dyfunduje z powietrzem, zawartem w pęcherzykach: przy akcji wydechania część eteru, która nie uległa dyfuzji, zostaje z płuc wydaloną, pozostała więc tylko reszta przenika do tkanek, do naczyń włosowatych i do krążków krwi, gdzie właściwe wywołuje zmiany. Niepodobna jest w liczbach oznaczyć, jaki procent eteru wydala się przy wydechaniu, jaki zaś zostaje wessanym, gdyż nie znamy współczynnika pochłaniania surowicy i krążków krwi dla par eteru, jak również nie znamy szybkości dyfuzyjnej par tych względem powietrza.

Wiadomo odnośnie do gazów i par, że w bliskości ciepłoty, w której one ulegają rozkładowi, pewna ilość ich cząstek już się rozkłada, i że punktem rozkładu danego gazu lub danej pary nazywamy ten stopień ciepła, przy którym już 50% wszystkich cząstek ulega rozkładowi, a zatem nie dochodząc do tego punktu mniejsza ilość cząstek, powyżej zaś onego większa ich ilość ulega roz-

kładowi. Możemy zatem twierdzić, że i pary eteru w płucach przy ciepłocie 37°—38° C. posłuszne będą prawu dysocjacyi i co najmniej nie w mniejszej części swych cząstek ulegną rozkładowi. Trudno określić, na czem ten rozkład polega. Z wielkiem tylko prawdopodobieństwem przypuścić można, że cząsteczki jego rozszczepiają się coraz bardziej, tworzą etylen C_2H_4 , a wreszcie acetylen C_2H_2 . Ten ostatni związek jest bardzo doniosłej wagi, gdyż posiada on silne bardzo powinowactwo do hemoglobiny, a przeto podobnie trująco działa na krew jak tlenek węgla. Gdyby wszystkie cząstki eteru ulegały rozczepieniu aż do wytworzenia acetylenu, to znieczulanie za pomocą eteru groziłoby zawsze wielkiem niebezpieczeństwem; powiedzieliśmy wszakże, że przy ciepłocie rozkładu tylko 50% cząstek danego ciała ulega rozkładowi, a ciepłota 37°—38° C. zdaje się nie być jeszcze punktem rozkładu dla par eteru, a zatem jeszcze mniejsza ilość jego cząstek niż 50% zamienić się może na acetylen. Skutkiem czego niebezpieczeństwa zatrucia acetylenem właściwie nie ma. Jasnym tylko ztąd jest to, jak ciemnymi i nierozwikłanymi są sprawy przy znieczulaniu parami eteru.

Godnem jest uwagi, że gdy po znieczuleniu chloroformem już w kilka minut po przebudzeniu się ustroj pozbywa się całej ilości chloroformu, to po działaniu eteru ten ostatni przez wiele godzin, a nawet przez przeciąg kilku dni w ustroju pozostaje, tak, że dość często we 24 godziny jeszcze po wdychaniu eteru można w powietrzu wydechanem za pośrednictwem powonienia wykryć eter. Zdaniem autora objaśnić należy fakt ten tem, że eter w płucach nie tylko przenika do naczyń włosowatych, ale i do tkanek; szybka przemiana gazów w krążkach krwi równie łatwo usuwa eter jak i chloroform, ale za to inne tkanki dłużej zatrzymują przenikły do nich eter i zwolna go tylko tracą. Czy eter opuszcza ustroj tylko w stanie nierozłożonym, czy też i pod postacią wzmiankowanych powyżej produktów rozszczepienia, o tem dotąd nic nie wiadomo.

Mówiąc o chloroformie wykazywaliśmy pożytek używania nie powietrza, ale czystego tlenu nasyconego parami chloroformu. Co się tyczy eteru, zupełnie mieszaniny tej nie badał N., najprzód już dla tego, że ze stanowiska praktycznego uważa on sam eter za nieodpowiedni środek znieczulający, z powodu jego niestałości, oraz zawikłanych procesów chemicznych, jakim w ustroju ulega, przy mieszaninie zaś ciała tego z czystym tlenem stosunki nietylko że nie stają się jaśniejszemi, ale prawdopodobnie jeszcze bardziej się wikłają. Mieszanina chloroformu z czystym tlenem nie pozostawia nic do życzenia, wystarcza tu mała tylko bardzo ilość chloroformu do znieczulenia, działanie jest niesłychanie szybkie, dla usypianego absolutnie nieszkodliwe, w tym względzie eter z chloroformem nie wytrzymuje porównania, a działanie mieszaniny eteru z czystym tlenem przedstawiałoby tylko interes czysto teoretyczny.

Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. T. 18. Zeszyt V i VI. Fr. Jawdyński.

69. O. Heubner. Błonica doświadczalna. (Praca nagrodzona. Lipsk 1883 str. 60 tab. I.)

Mając na celu zbadanie istoty sprawy błonicowej, Heubner przeprowadził w ostatnich czasach cały szereg badań; wywoływał on miejscowy dyfteryt na błonach śluzowych, a następnie ogólne zakażenie i starał się wynaleźć łączność pomiędzy tem ostatniem a sprawą miejscową; wyniki swych badań ogłosił autor w niedawno wyszłej rozprawie, która otrzymała nagrodę, wyznaczoną przez cesarżową niemiecką dla najlepszej pracy o dyfterycie.

Chcąc otrzymać miejscowe błonicowe zapalenie na błonie śluzowej, Heubner postępował zgodnie z badaniami Cohnheim'a i Litten'a, którzy wywołując czasowe powstrzymanie krążenia na pewnej przestrzeni błony śluzowej

otrzymywali na niej zapalenie, połączone z wysiękiem, doprowadzające ostatecznie do zgorzeli. Do doświadczeń swych wybrał autor błonę śluzową podstawy pęcherza moczowego u królików, gdyż w tem miejscu łatwo można wywołać miejscowy zastój w krwiobiegu, nie szkodząc bynajmniej krążeniu w pozostałych częściach pęcherza; zależy to od tego, że podstawa pęcherza otrzymuje krew z dwu tętnic, idących po obu jej stronach i wychodzących z szyi pęcherza (*art. vesicales super.*), z powrotem krew wraca przez żyły, biegnące równolegle do tętnic. Podwiązanie dobrze dawało się uskuteczyć, przez nałożenie na pęcherz podwiązki ryczałtowej (*ligature en masse*) w pobliżu szyi pęcherza tuż nad ujściem moczowodów, po uprzednim ostrożnem wyciągnięciu całego narządu przez ciecie zrobione na linii białej tuż nad spojeniem łonowem; wszystkie te czynności wykonywano przy ścisłem przestrzeganiu postępowania przeciwnielego. We wszystkich doświadczeniach autor pozostawiał podwiązkę w przeciągu dwóch godzin, po upływie tego czasu zdejmował ją, następnie zaś, w różnym czasie po odjęciu ligatury, zwierzęta zabijał.

W miarę wcześniejszej lub późniejszej śmierci zwierzęcia spostrzegał mniejsze lub większe zmiany na błonie śluzowej. Gdy zwierzę zabito w ciągu 24 godzin po zdjęciu ligatury zmiany nie bywały zbyt wielkie. Cała prawie błona była nabrzęklą, koloru nieco czerwonego lub ciemno-czerwonego, w niektórych miejscach widoczne były zgrubienia wałkowate, z których po nacięciu wypływało trochę płynu dość wodnisteo. Pod mikroskopem uwidoczniło się, że płyn ten zbierał się w przestrzeniach między włóknami tkanki, w warstwie śluzowej, podśluzowej, a nawet mięsnej; na preparatach, stwardnionych w alkoholu, skręplony płyn miał wygląd siatki o różnej wielkości oczkach; na gotowanych był całkiem jednolity, a na zamrażanych wyglądał ziarnisto. Naczynia były porozszerzane, białe ciała przylegały do ścian naczyń, w części zaś przechodziły na zewnątrz równie jak ciała czerwone; w miejscach, odpowiadających zabarwieniu ciemnoczerwonemu, znajdowały się wybroczyny tych ostatnich. Nabłonek był rozpęczniały i granice komórek prawie niewidoczne.

Nieco później rozpoczyna się już sprawa krzepnięcia i zgorzeli. Gdy zwierzę żyło do 30 godzin, widzimy, że występujące na błonie śluzowej wałki już nie opadają po przecięciu i zabarwienie mają całkiem czerwone; zawierają one skręplą surowicę, ciała białe i czerwone; nabłonka w wielu miejscach już nie można rozróżnić, gdyż zarysy komórek zupełnie znikają. W późniejszych okresach po skończonych dwóch dobach, pomiędzy wspomnianymi wałkami dają się dostrzedz ogniska blade żółte o słabym, połysku, złożone ze steżalej, ściętej, obumarłej tkanki; zaledwo w niej rozróżniamy kontury jąder pochodzących z uprzedniego nacieczenia; w tych samych miejscach na granicy między warstwą śluzową i podśluzową rozróżniamy pokład dobrze barwiących się jąder należących do naczyń warstwy podśluzowej i do przenikających jeszcze ciałek białych i czerwonych.

Stopniowo ogniska koagulacyjno-zgorzelinowe powiększają się coraz bardziej, zajmując nawet warstwę mięśniową, ilość zaś widocznych nacieczeń, złożonych z ciałek czerwonych, zmniejsza się, aż wreszcie wszystko przybiera postać jednolitej masy, w której tylko gdzieś niegdzie przy barwieniu udaje się wykazać rozrzucone jądra.

Czy można utożsamiać produkty zapalenia dyfterytycznego u ludzi z dopiero co opisanymi zmianami, wywołanymi sztucznie u królika? Według autora nie ulega to najmniejszej wątpliwości, gdyż cechy anatomiczne pseudodyfterytu *Weigerta* są zupełnie takie same jak cechy produktów zapalnych, wywołanych sztucznie na błonie śluzowej pęcherza u królika. Podwiązując zaś nie tylko błonę śluzową, lecz całą ścianę pęcherza, wywołał *Heubner* nie pseudodyfteryt, lecz całkowitą błonice głębiej leżących tkanek, podobnie jak to bywa np. przy dysenteryi.

Dwa główne skutki podwiązania są następujące:

I. Obieg krwi na pewnej przestrzeni błony śluzowej zostaje całkowicie wstrzymany, przy czym jednak napięcie tkanek nie ulega żadnej zmianie, gdyż z powstrzymaniem dopływu ustaje i odpływ krwi przez żyły. Krew nie krzepnie i po zdjęciu podwiązki na nowo następuje krążenie z taką samą szybkością i pod takim samym ciśnieniem, jak uprzednio.

II. Drugim bardzo ważnym następstwem nałożenia ligatury jest pozbanienie tkanek pokarmu przez 2 godziny, gdyż zapas tlenu odbierany czas jakiś od ciałek czerwonych i białka z surowicy jest niewystarczającym dla tkanek. Bezpośrednim skutkiem tego będzie upadek odżywiania tkanek, prowadzący do zgorzeli nabłonka, błony śluzowej i podśluzowej, a nawet warstwy mięśniowej. Takie muż losowi ulegają ścianki naczyń, które są najwięcej odporne ze wszystkich tkanek i mogą nawet niekiedy powrócić do prawidłowego stanu; zmiany w ściankach naczyń (*moleculaire Alteration* C o h n h e i m'a) powodują drugi ważny czynnik w powstawaniu zgorzeli koagulacyjnej, oprócz samej zgorzeli tkanek, t.j. wysiękanie składników krwi przez zmienione naczynia do otaczającej tkanki. Gdyby naczynia uległy same całkowitej zgorzeli nie otrzymalibyśmy wcale wysięku, a wynikiem podwiązania byłaby zwykła zgorzeć błony śluzowej.

Według Heubner'a same zmiany w naczyniach i jako następstwo ich wysięk zapalny nie wystarczają jeszcze do powstania zgorzeli koagulacyjnej; trzeba przypuścić, że w czasie obumierania tkanki wydzielają pewną istotę włóknikotwórczą, która pod wpływem włóknikorodnej surowicy krwi daje produkt krzepnięcia większy co do objętości od pierwotnie istniejącej tkanki. Autor przekonał się, że przy naturalnem nastrzyknięciu naczyń, powstałym przez szczepienie lasecznika karbunkulowego, po uprzednim odjęciu ligatury z pęcherza, że do ostatnich prawie chwil życia zwierzęcia naczynia, przebiegające pośród tkanki już uległej zgorzeli, są jeszcze drożne, że więc krwiobieg istnieć w nich może, a tem samym są warunki powstawania coraz nowego wysięku w obumarłą tkankę.

Opierając się na wynikach swych doświadczeń, Heubner twierdzi, że na zasadzie podanego przez się wyjaśnienia możliwym jest w wielu razach powstawanie u ludzi dyfterytu bez zakażenia. Tak np. skurez naczyń i przerwa w krwiobiegu, trwająca przez parę godzin wskutek zimna, czy to w pewnej przestrzeni błony śluzowej, czy też np. w torebce ścięgnistej, przez którą przechodzą naczynia migdałka, z następującem potem ponownem przywróceniem krążenia, może spowodować w 1½ do 2 dni powstanie produktów zapalnych zupełnie takich samych, jakie autor otrzymywał w swych doświadczeniach.

Nadmieniliśmy wyżej, że Heubner pseudodyfteryt Weigert'a uważa za jedno z błonicą tkanek; różnicę zaś ich zachowania się co do powstawania nowych błon po zdjęciu już istniejących w pierwszym razie i co do rozwoju owrzodzenia w drugim tłómaczy tem, że przy pseudodyfterycie ulegają zgorzeli koagulacyjnej powierzchowne tylko warstwy, istnieją zatem wszelkie warunki dla wytworzenia nowej błony, gdyż pozostała po zdjęciu błony warstwa ciałek białych, zawierających istotę włóknikotwórczą i nowy wysięk z naczyń nie uległych zgorzeli, zawierający istotę włóknikorodną, mogą spowodować nowe krzepnięcie, a więc nową błonę; tymczasem przy dyfterycie rzecz ma się inaczej, tu bowiem z powodu głębokiej zgorzeli tkanek, ulegają jej ostatecznie i same naczynia, nie mamy więc warunków rozwoju na nowo błon koagulacyjno-zgorzelinowych.

Błonica, wywołana przez autora u królika w sposób wyżej podany, była zawsze chorobą czysto miejscową. Zwierzęta nie traciły chęci do jedzenia, nie gorączkowały; szczepienie strupów dyfterytycznych innym zwierzętom nie dawało nigdy dodatnich wyników.

W drugiej części swej pracy H e u b n e r podaje wyniki prób sztucznego wywoływania ogólnego zakażenia po uprzednim rozwoju miejscowego zapalenia błonicowego.

Początkowo autor szczepił pod skórę pasorzyty czarnej krosty i tym sposobem wywoływał ogólne zatrucie, wskutek którego, zwierzęta zdychały bardzo szybko na czarną krostę. Przytem mógł się przekonać, że strupy dyfterytyczne, wywołane sztucznie na błonie śluzowej pęcherza, nabierały własności zakaźnych wtedy, gdy szczepienia dokonano przed ustaniem krążenia w naczyniach skrzepu; pasorzyty zawsze umiejscawiały się tylko w tych ostatnich, nigdy zaś nie przenikały do samej tkanki.

Szczepiąc błony dyfterytyczne z gardzieli przy samoistnej błonicy, lub przy błonicy towarzyszącej płonicy, autor otrzymywał następujące wyniki. W pierwszym razie następowało ogólne zakażenie, wskutek którego zwierzęta zdychały dość szybko; strupy dyfterytyczne szczepione innemu królikowi wywoływały jeszcze szybciej chorobę infekcyjną, połączone z silną gorączką i znacznym powiększeniem śledziony bez żadnej sprawy miejscowej; jeśli zaś autor próbował zaaszczepić jeszcze trzeciemu królikowi zdrowe części błony śluzowej, brane z drugiego szczepienia, wyniki zawsze były ujemne. U pierwszego i drugiego zwierzęcia w naczyniach błony śluzowej pęcherza i kłębków nerkowych widział laseczki, mające długości 1 μ , szerokości 0,5 μ , dobrze barwiącą się fioletem gencyjanowym; u trzeciego zwierzęcia pasorzytów tych autor nie widział.

Podobne wyniki otrzymywał H e u b n e r, szczepiąc błony dyfterytyczne zebrane z chorych na płonicę. I tu w każdym drugim szczepieniu zwierzęta zdychały szybciej, na zupełnie podobną chorobę infekcyjną jak uprzednio; i tu także wyniki szczepienia trzeciego bywały ujemne; jedno ze zwierząt w tym ostatnim szeregu szczepień zdechło na ropnicę.

W błonach dyfterytycznych przy płonicy autor spostrzegał kilka gatunków pasorzytów: *bacillus subtilis*, mniejsze i większe mikrokokki, a także krótkie laseczki, ułożone już to szeregami, już to kolonijami. Opisując sekcje zwierząt zdechłych po szczepieniu, autor wspomina, że widział pasorzyty w naczyniach błon dyfterytycznych w pęcherzu i w kłębkach nerkowych, nie wymienia jednak, jakie rodzaje pasorzytów tam napotykał. Idąc dalej, H e u b n e r przypuszcza, że wszystkie lub niektóre z nich mają własności septyczne i że na tej jedynie zasadzie następuje ogólne zakażenie, iż przeniesione na właściwy dla siebie grunt wywołują ogólne zakażenie; jeśli zaś istnieje pomiędzy nimi właściwy zarazek dyfterytyczny, to bardzo możliwą jest rzeczą, że i ten jest również natury czysto septycznej. Zdaniem autora przypuszczenie istnienia swoistych pasorzytów błonicowych nie mogłoby się ostać żadną miarą, gdyby się udało szczepieniem zwykłej śliny ludzkiej wywołać u zwierząt taką samą chorobę zakaźną, jaką otrzymywał przy szczepieniu błon dyfterytycznych. Postawiwszy sobie z góry takie założenie, autor podaje wyniki swych badań w tym względzie, zgodne z wynikiem prac V u l p i a n'a i K ü h n'a, a więc tem samym przeczy możliwości istnienia swoistego pasorzyta dyfterytycznego. Gdyby istniały takie pasorzyty, które mogą wywoływać ogólną infekcję u ludzi, to powinniśmy znaleźć je nietylko w nalocie dyfterytycznym, lecz i w naczyniach, podobnie jak to było u zwierząt; autor jednak nigdy nie widział ich pośród naczyń narządów dotkniętych błonicą.

Tak więc według H e u b n e r'a zarazka dyfterytycznego nie zaamy; jest to kwestyja do rozstrzygnięcia, lecz zapewne rozstrzygnąć ją będzie można za pomocą innych zupełnie metod badania. Choroba ogólna, wywoływana przez autora u zwierząt, może być o tyle poczytaną za dyfteryt, o ile przedstawia kombinację sprawy miejscowej z cierpieniem ogólnem, wywołanem jednak sztucznie i niezależnie od błonicy miejscowej.

(Prz. spr.) Pracę autora można uważać raczej jako bardzo dobry opis budowy i warunków powstawania miejscowej sprawy dyfterytycznej, niż jako rzecz, mającą na celu rozstrzygnięcie pasorzytnej natury błonicy. Ilość doświadczeń, wnosząc z opisu całej pracy, była nieco za małą do rozwiązania tej kwestyi, opis zaś doświadczeń niecałkowity i w wielu razach zamało szczegółowy, ażeby czytelnik mógł sam wyprowadzić ztąd jakiegokolwiek wnioski. Nastęrcza się przytem pytanie, dlaczego autor szczepił w trzecich szeregach doświadczeń zdrową błonę śluzową pęcherza, o której nie wspomniano, czy zawierała pasorzyty, a nie śledzionę, która była bardzo powiększoną i zapewne zawierać je musiała. Bardzo być może, że w tym ostatnim razie wyniki szczepienia wypadłyby dodatnio, nie zaś ujemnie; dla czego wreszcie nie ma najmniejszej wzmianki o próbach hodowli pasorzytów, o tej jedynej racjonalnej drodze do rozstrzygnięcia pasorzytnej natury jakiegokolwiek cierpienia?

M. Jakowski.

Wiadomości bieżące.

Warszawa. W szpitalach warszawskich znajduje się obecnie tak znaczna liczba przypadków tyfusu brzuszego, jak tego już dawno nie pamiętamy; również i na mieście więcej niż zazwyczaj się spotyka. Obok lekkich znajduje się bardzo dużo ciężkich postaci, tak np. robiona była niedawno sekeyja chorej, która cierpiała na tyfus nieobłożny (*ambulatorius*) i dopiero przedziurawienie kiszki zniewoliło ją do wstąpienia do szpitala. Drugi równie interesujący przypadek dotyczy młodej dziewczynki, która, przebywszy tyfus poronny (*abortivus*), dostała w okresie zdrowienia krwotoku kiszkowego i umarła przy objawach ostrego skażenia krwotocznego; slyszeliśmy o podobnym przypadku i na mieście.

— W przedostatnim numerze naszego pisma wyraziliśmy kilka uwag o działalności komisji wyznaczonej do robienia sprawozdań w Rocznikach Virchow'a i Hirsch'a. Miło nam, że uwagi nasze zyskały zupełne uznanie ze strony Przeglądu Lekarskiego, jak tego dowodzi obszernie i szczerze objaśnienie w ostatnim N-rze tego pisma pomieszczone. Z artykułu tego z przyjemnością dowiadujemy się, że komisja owa zupełnie na nowo zorganizowaną została, tak, że możemy mieć nadzieję, iż na przyszłość znajdziemy w Rocznikach Virchow'a całkowity obraz naszego piśmiennictwa.

-- Zmarł tu w ubiegłym tygodniu D-r Aleksander Starynkiewicz, lekarz szpitala wojskowego Ujazdowskiego, wychowanice tutejszego uniwersytetu, cieszący się najlepszą opinią w kołach lekarskich.

Kraków. Wydział krajowy mianował prof. Korczyńskiego przewodniczącym w komitecie administracyjnym tutejszego szpitala S-go Łazarza. „Przegląd lekarski Nr. 49“, podając tę wiadomość, dodaje iż „po znanej energii nowego przewodniczącego spodziewamy się, że urzędującym zostanie życzenie wszystkich lekarzy, aby zakład tak wielki, posiadający znakomite siły lekarskie, ogłaszał sprawozdania roczne, na wzór wychodzących w większych miastach Austrii i Niemiec, a które to sprawozdania są nader pouczającymi dla lekarzy i ważnymi dla kraju“.

Londyn. W Exeter Hall odbyło się przeszłego tygodnia pod przewodnictwem kanonika Ellisona zgromadzenie kobiet, celem obmyślenia środków działających przeciwko wzrastającemu opilstwu angielsk. Wedle statystyki policyjnej w roku zeszłym karano za pijaństwo 11872 kobiet. Jako jeden z powodów wzmaganie się nadużycia napojów wyskokowych u kobiet, uznano na temże zebraniu pozwolenie sprzedawania takowych handlom korzennym i dla tego zgodzono się, aby podczas przyszłej kadencyi parlamentu wnieść projekt ograniczający sprzedaż.

Do dzisiejszego N-ru Gazety Lekarskiej dołącza się dla wszystkich prenumeratorów prospekt na „Kuryer Codzienny“ na rok 1884, oraz dla prenumeratorów prowincjonalnych „Katalog nowych dzieł“ księgarni W-go Orgelbranda w Warszawie.

Najzapalczywszy **KATAR WYLECZONY**
Szybko i niekosztownie przez połknięcie
DWOCH

KAPSULEK GUYOTA

PRZY KAŻDEM JEDZENIU

Dawniej kapsułki te czarne i nieprzyjemne do połknięcia, są teraz białe i podobne do cukierka.

Na każdej kapsułce wydrukowany podpis: Guyot.

Smolę w KAPSULKACH GUYOTA zawartą znoszą najdelikatniejsze żołądki.

Uwaga. Dzieci i osoby nie umiejące połykać tych kapsulek mogą używać

PREPAROWANEGO

CIASTA REGNAUD

19, rue Jacob.

Na etykiecie powinien być ten podpis w trzech kolorach

Znajdują się we wszystkich aptekach

FABRYKACJA I RYCZAŁTOWA SPRZEDAŻ: 19 RUE JACOB W PARYŻU.

PRZECIW

Katarom, Grypie, Zapaleniu oskrzeli, Sirop i Pâte pectorale de Nafe, Delangrenier'a z Paryża posiadają skuteczność pewną i sprawdzoną przez Członków Francuskiej Akademii Medycznej; niezawierając w sobie ani Opium, ani Morfiny, ani Kodeiny, mogą być bez obawy dawane dzieciom dotkniętym Kaszlem albo Kokluszem.

Składy we wszystkich Aptekach Rossyi.

POKARM DLA DZIECI

Dla wzmocnienia dzieci i osób słabych na piersi, żołądek, bezkrwistych lub mających bladaczkę, najlepszym i najprzyjemniejszym śniadaniem jest **RACAHOUT** des Arabes (Rakatu Arabskie), pokarm pożywny i wzmacniający, przygotowany przez Delangreniera w Paryżu. Wystrzegać się podrobień.

Składy we wszystkich Aptekach Rossyi.

PROSZKI DO ZEBÓW PELLETIER'A

CZŁONKA PARYŻKIEJ AKADEMII LEKARSKIEJ

ODONTYNA PELLETIER'A { ELIXIR PELLETIER

Nadaje białości zębom bez psucia emalii i wstrzymuje próchnienie.

Wzmacnia dziąsła, usmierza ból zębów, perfumuje usta.



Każde pudełko załepione jest pieczętką tu wydrukowaną, w czterech kolorach.

Każdy flakonik obłepiony jest pieczętką tu wydrukowaną, w czterech kolorach.

FABRYKA w domu L. FRERE 19 rue Jacob w PARYŻU.

U wszystkich Aptekarzy i w Składach perfum.



CHLORAL W PERELKACH LIMOUSIN'A.

Wodan Chloralu w postaci cukierków.

Chloral w perelkach Limousin'a jest zawarty w enkrowanej skorupce, co mu nadaje pozór cukierków okrągłych. Każdy z tych cukierków zawiera w sobie 25 centygrammów czystego i skryształizowanego chloralu. Zażyty w tej formie chloral nie sprawia uczucia dławienia w gardle i nie ma tego nieprzyjemnego smaku, jaki posiada wodan chloralu rozpuszczony w piynie.

Porównanie odpowiada tu wszelkim warunkom ścisłości a sprawdzenie czystości produktu jest łatwym i natychmiastowym.

Pięć do dziesięciu cukierków wywiera wpływ uspokajający i sprowadza sen. Każdy flakon zawiera w sobie 40 białych cukierków, które mają po 25 centigram. najczystszej wody chloralu.

Chloral w perelkach Limousin'a znajduje się w Paryżu w aptece Limousin'a 2 bis rue Blanche w Rossyi we wszystkich główniejszych aptekach i składach materyjalów aptecznych.

PISMO LEKARSKIE TYGODNIOWE

„MEDYCYNISKIJ WIESTNIK”

poświęcone wszelkim kwestyjom stanu lekarskiego i wszystkim gałęziom medycyny naukowej i praktycznej i higieny

(23-ci rok wydawnictwa)

wychodzić będzie w r. 1884 według tego samego programu i pod tą samą redakcją co i w roku ubiegłym.

W skład pisma wchodzi:

1). Artykuły odnoszące się do stosunku stanu lekarskiego do społeczeństwa i społeczeństwa do lekarzy (z uwzględnieniem głównie ujemnych stron stanu lekarskiego w Rossyi).

2). Artykuły ze wszystkich gałęzi nauk lekarskich teoretycznych mające bezpośredni interes kliniczny.

3). Artykuły z dziedziny medycyny klinicznej.

4). Artykuły naukowe i publicystyczne o kwestyjach higieny państwowej i prywatnej.

5). Krytyka i biblijografija—referaty głównejszych prac zagranicznych i rossyjskich.

6). Kronika, nowości naukowe, sprawozdania z posiedzeń towarzystw naukowych i t. d.

7). Ogłoszenia.

Autorowie raczą nadsyłać prace w listach rekomendowanych pod adresem redaktora B. B. S w i a t ł o w s k a w o (Petersburg, Newski prospekt, № 123, m. 4.)

Cena prenumeracyjna roczna: z przesyłką 8 rs., bez przesyłki 7 rs. półrocznie z przesyłką 4 rs., bez przesyłki 3 rs. 50 kop.

Prenumeratę przyjmują wszystkie księgarnie oraz główny kantor redakcyi „Medycynskawo Wiestnika”: Petersburg, Nikołajewskaja, № 43 (przy drukarni B. P. Jampolski'go).

Redaktor wydawca B. G. Jampolskij.

Redaktor W. W. Światłowski. 3—1

3-ci rok wydawnictwa pisma miesięcznego:

„MEZDUNARODNAJA KLINIKA”

które wychodzić będzie zeszytami, po 3—5 arkuszy druku, in 8-o, raz na miesiąc pod redakcją W. N. POPOWA, według następującego programu:

1). Odezyty oryginalne i tłumaczone, oraz artykuły odnoszące się do wszystkich gałęzi medycyny teoretycznej i praktycznej.

2). Referaty i recenzyje nowszych dzieł lekarskich i przyrodniczych.

3). Opis nowych środków lekarskich.

4). Obrony rozpraw doktorskich—i

5). Ogłoszenia.

Cena prenumeracyjna = 4 rs. rocznie. Za zmianę adresu 28 kop. Ogłoszenia po 20 kop. za wiersz petitu lub jego miejsce. Dla studentów cena prenumeracyjna rocznie 3 rs. 60 kop.

Prenumeratę przyjmuje się wyłącznie w kantorze redakcyi: Petersburg, Wyborgskaja stona, Niżgorodskaja ulica № 27, w księgarni lekarskiej N. N. Cyłowa. 3—1

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE UNIVERSELLE

DES SCIENCES MÉDICALES

avec **Index alphabétique annuel** indiquant les matières contenues dans les journaux spéciaux et les ouvrages publiés en toutes langues et dans tous les pays, classés d'après l'ordre méthodique des sujets traités, suivi d'une **Table alphabétique des auteurs**, publication mensuelle dirigée par le Docteur C-te Meyners d'Estrey.

L'objet de cette Revue est de mettre le praticien et l'auteur à même de retrouver immédiatement les sources à consulter pour un sujet quelconque.

La **Revue bibliographique** formera tous les ans un fort volume grand in 8-o d'au moins 600 pages. Prix de l'abonnement: 30 fr. par an. Pour s'abonner, il suffit d'écrire à **M. Ch. Gremiaux**, secrétaire général, place Saint-Michel, 6, Paris.

PAPIER FAYARD et BLAYN

PARYŻ, rue Saint-Merry 30.

Leczy: katary, choroby piersiowe, reumatyzmy, oparzenia i nagniotki.
Znajduje się we wszystkich aptekach.

U Wydawcy Gazety Lekarskiej

(Dr. Kondratowicz, Marszałkowska 49).

są do nabycia pojedyncze tomy

GAZETY LEKARSKIEJ

po cenie 5 rs. za tom (z przesyłką)

Rok 1881. N-rów 53—stron 1093 i CCXLIII—drzeworytów 31—dwie tablice litografowane i jedna chromolitografowana.

Rok 1882. N-rów 52—stron 1080 i CCXVI—drzeworytów 40—jedna tablica fotodrukowana i jedna litografowana. 0—4

W PRACOWNI CHEMICZNO-LEKARSKIEJ

SZPITALI WARSZAWSKICH

Istniejącej w gmachu szpitala Ś-go Ducha, Elektoralna Nr. 12, dokonywa rozbiórów chemicznych, poszukiwań mikroskopowych i t. p. badań wchodzących w zakres patologii i higieny. Zawiadujący pracownią

Dr. L. Nencki

chemik szpitali warszawskich.

12 — 10