

MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
 dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. Prace oryginalne. Połowiczny zupełny paraliż krtani powikłany paraliżem nerwów mózgowych. Napisał W. Oltuszewski. Sprawozdanie z ruchu chorych w latach 1884 i 1885 na oddziale chirurgicznym prof. d-ra Obalskiego w Krakowie. Zestawili d-rowie Mężyk i Dobruchowski. (Ciąg dalszy). — Streszczenia i wyciągi. 29. Przyczynek do sprawy trawienia białka. 30. Porażenia peryodyczne. 31. Podawanie tłuszczu i kwasów tłuszczowych w przewlekłym charłactwie. 32. Stosowanie mentolu w suchotach płucnych. — Wiadomości bieżące. — Ogłoszenia.

POŁOWICZNY ZUPEŁNY PARALIŻ KRTANI

POWIKŁANY PARALIŻEM NERWÓW MÓZGOWYCH

Napisał Władysław Oltuszewski.

Połowiczny paraliż krtani bynajmniej nie należy do rzadkości, przypadek jednak, który zamierzam tu opisać ze względu na przyczynę, powikłanie z paraliżem innych nerwów mózgowych, jak również trudności, jakie przedstawiał przy rozpoznaniu, wyjątkowo zasługuje na szczegółowe uwzględnienie.

Przypadek ten jest następujący: Jan Batorowicz, szewc, 33 lat liczący, zgłosił się do mnie 9/XI 86 z powodu utrudnionego polykania i chrypki. Z wywiadów okazuje się co następuje: Pochodzi z rodziny zdrowej; przed 13 laty pięć lat zrzędu nadużywał napojów wysokowych. Obecna choroba rozpoczęła się przy następujących okolicznościach. Wśród zupełnego zdrowia 7/VII 86 r. chory został ugodzony scyzorykiem od tyłu, w okolicę lewego mięśnia zwaczacza. Na razie stracił przytomność i, jak to mu później opowiadano, jakoby miał utracić krwartę krwi. Bezprzytomnego odwieziono do szpitala Dz. Jezus na salę kol. ORŁOWSKIEGO gdzie, jak się okazuje z łaskawie mi przyślanej karty szpitalnej, znaleziono ranę w okolicy odpowiadającej kątowi szczęki dolnej, idącą w kierunku ukośno-poprzecznym, przenikającą do kości i za brzeg wstępującej gałęzi żuchwy. Długość rany wynosiła mniej więcej jeden cal. Krwotoku żadnego nie było. Chory opuścił szpital 3/VIII 86. Według opowiadania chorego był on podczas pierwszego tygodnia pobytu w szpitalu zupełnie nieprzytomny, po czem przytomność powróciła, nie mógł jednakże przez pierwsze pięć dni ani łykać, ani mówić. Oprócz tego zauważył brak czucia w lewej połowie języka, a z tego względu nie czuł przytrafiających się jego ukąszeń. Opisany stan powoli zaczął się poprawiać, pozostało jednakowoż dotychczasowo utrudnione polykanie, wracanie pokarmów przez nas i chrypka. Obecny stan znalazłem następujący: Chory dobrej budowy, miernie odżywiony, skóra i dostępne błony śluzowe blade. Na pierwszy rzut oka uderza obfita wydzielina potu na prawej połowie czoła, zwężenie lewej źrenicy i pewnego rodzaju asymetria twarzy, polegająca na przeciągnięciu ust na prawo. Na skórze w okolicy lewego żwacza linijna blizna, długości przeszło jeden ctm., sze-

rokości dwa milim., nie zrośnięta ani z powięzią, ani z kością. Blizna ta idzie ku dołowi i przodowi; tylny jej koniec nie przekracza brzegu gałęzi wstępującej zuchwy. Opisana blizna jest równoległa do przebiegu nerwu twarzowego. Badając działanie mięśni twarzy okazuje się, że prawie wszystkie mięśnie rozszerzające otwór ustny (*levator labii sup.*, *levator angulae oris*, *m. zygomatici*, *depressor labii inf.* etc.) działają z lewej strony znacznie słabiej. Pobudliwość mięśni twarzy na prąd przerywany jednakowa z obu stron. Mięśnie bródkowe strony lewej przy stosowaniu prądu stałego dają skurecz powolny, długotrwały i skurecz przy zamknięciu anody występuje pierwszej, jest równy, a może nawet większy od skureczu przy zamknięciu katody. Nerw twarzowy lewy daje szybką reakcję. Pierwotne badanie wykryło również zmniejszenie czucia dotyku i bólu na skórze lewej połowy twarzy. Żrenica oka lewego węższa aniżeli prawa. Obie żrenice oddziałują jednakowo na światło i konwercję. Ruchy gałek ocznych prawidłowe, wzrok nietknięty. Badanie wzornikiem ocznym nie godnego uwagi nie wykrywa. Słuch z obu stron jednakowy, prawidłowy. Przy badaniu błony śluzowej nosa okazuje się obustronny, umiarkowany przerost muszle dolnych. Węch prawidłowy i jednakowy z obu stron. Przy otwarciu jamy ustnej dają się zauważyć zmiany języka następujące: lewa jego połowa w zaniku, pomarszczona; język obłożony nieco drży. Przy spokojnem ułożeniu języka na dnie jamy ustnej koniec jego zwraca się na prawo (działanie *m. longitudinalis dextrae*), przy wysuwaniu na zaś na lewo (działanie *m. genioglossi dextrae*). Ruchy języka znacznie ograniczone w lewej jego połowie, z tego też względu chory może jeść tylko prawą stroną. Oddziaływanie na prąd przerywany jest nieco zmniejszone w mięśniach lewej połowy języka. Mięśnie języka po stronie lewej pod działaniem prądu stałego dają skurecz toniczny, trwający tak długo, jak długo trwa zamknięcie strumienia, przyczem skurecz przy zamknięciu katody jest większy aniżeli przy zamknięciu anody. Nerw podjęzykowy lewy, drażniony przy wielkim rogu kości gnykowej oddziałuje na strumień galwaniczny. Smak zachowany i jednakowy z obu stron. Lewa połowa podniebienia stoi niżej i mniejszy przyjmuje udział przy wydawaniu dźwięków aniżeli prawa. Języczek skierowany na prawo. Przy pierwotnem badaniu okazało się także zmniejszone czucie dotyku i bólu lewej połowy jamy ustnej i gardziela. Połykanie bezbolesne, utrudnione jednak z powodu przeszkody w przesuwaniu kęsa pokarmowego, jak również z powodu zakrzepienia się i częstego wracania pokarmów przez nos. Błona śluzowa krtani nie godnego uwagi nie przedstawia. Lewa struna głosowa wklęsła znajduje się w położeniu trupiem, stoi więc nieruchomo zarówno przy oddechaniu, jak i wydobywaniu tonów. Przy fonacji prawa struna głosowa zbliża się do lewej, przyczem chrząstka nalewkowa prawa ustawia się nieco przed lewą, a pomiędzy strunami tworzy się trójkąt, którego jeden bok, utworzony przez strunę lewą, jest wklęsły. Przy badaniu zgłębnikiem okazuje się nieczułą całą lewą połowę krtani wraz z odpowiednią połową nagłośni. Głos ochrypły, mowa z odcieniem nieco nosowym. Sfera intelektualna chorego nie godnego uwagi nie przedstawia. Sfera ruchu i czucia kończyn prawidłowa. Badanie płuc nie wykrywa żadnych nieprawidłowych zmian. Rozmiary serca prawidłowe, tony serca czyste. Tętno s t a l e

przyspieszone, od 80—120 uderzeń na minutę. Tętnienie w *arteria carotis communis*, *maxilaris externa* i *temporalis* wydaje się być słabsze z lewej strony aniżeli z prawej. Łaknienie zachowane. Wypróżnienia codzienne. Jama brzuszna nie godnego uwagi nie przedstawia. Mocz w ilości prawidłowej nie zawiera ani cukru, ani białka.

Rozpoznanie opisanego cierpienia przedstawia dosyć poważne trudności. Dla łatwiejszego zorientowania się powtórzmy jeszcze raz znalezione objawy 1) zaburzenia ze strony nerwu sympatycznego wyrażające się: zwężeniem lewej źrenicy, stałym przyspieszeniem tętna, brakiem potliwości lewej połowy twarzy, a jak dowiemy się z przebiegu całej lewej połowy ciała 2) porażenie dolnych gałęzek nerwu twarzowego, idących do mięśni rozszerzaczy ust i zwieracza 3) zanik lewej połowy języka i upośledzone jego ruchy z lewej strony, 4) lewostronny paraliż podniebienia, zupełny lewostronny paraliż krtani z lewostronną beczułością, opisaną powyżej trudnością przyłykaniu i zmianą głosu nareszcie 5) znalezione przy pierwszym badaniu zmniejszone czucie bólu i dotyku skóry lewej połowy twarzy i błony śluzowej lewej połowy jamy ust i języka i gardła.

Mając na uwadze, że tylko co wymienione objawy wystąpiły nagle po urazie u osobnika przedtem zupełnie zdrowego, pierwsza myśl, jaka się nasuwa w tym względzie, jest związek urazu z omawianem cierpieniem. Przyjawszy za przyczynę opisanego stanu ugodzenie chorego scyzorykiem w okolicę kąta lewej żuchwy, przypuściwszy więc ewentualnie zranienie narządów znajdujących się w tej okolicy, możemy sobie objaśnić krwotok od zranienia żyły lub *art. carotis externa* (mniej prawdopodobne), na skutek tego długą bezprzytomność chorego i słabsze tętnienie w naczyniach z lewej strony; naruszenie całości gałęzek nerwu twarzowego, sympatycznego i podjęzykowego wyjaśnia nam opisanę wyżej porażenie mięśni mimicznych, objawy ze strony nerwu sympatycznego, zanik i paraliż lewej połowy języka; obrażenie nerwu błędnego, a więc i przedniej gałęzi nerwu przydatkowego, która razem z nim idzie, objaśnia nam lewostronny zupełny paraliż krtani i lewostronną nieczułość, jak również lewostronny paraliż podniebienia i utrudnione połykanie, gdyż wiadomo, że nerw przydatkowy przyjmuje znaczny udział w ruchach podniebienia i przy działaniu mięśni gardziela. Za obwodowem porażeniem nerwów przemawia także znaleziony częściowy odczyn zwyrodnienia. Jedna tylko rzecz, przynajmniej do pewnego stopnia, przemawia przeciwko przyczynie obwodowej, mianowicie znalezione przy pierwotnem badaniu chorego zmniejszone czucie bólu i dotyku lewej połowy twarzy jamy ust i gardziela, jak również połowiczne znieczulenie lewej połowy języka (co miało miejsce według opowiadania chorego jeszcze przed trzema tygodniami). Drugie przypuszczenie, jakie by można w naszym przypadku przyjąć, jest krwotok *in medulla oblongata*. Jad wiadomo, krwotoki te charakteryzują się głównie tem, że przyjmują w nich udział nerwy opuszkowe i objawiają się paraliżem języka, zaburzeniami przyłykaniu, wydawaniu głosu etc., zaburzeniami w czuciu (z powodu zajęcia jądra

lub korzeni nerwu trójdzielnego) i w ośrodkach oddechania i krążenia. Omawiane krwotoki łączą się z zaburzeniami w kończynach wtedy, jeżeli są zajęte pęczki piramidalne, paraliżu więc kończyn może nie być, jeżeli, jak to przypuszczamy w naszym przypadku, ognisko chorobne umiejscawia się około jąder nerwów opuszkowych, a więc bliżej dna czwartej komórki. Na zasadzie tego rozpoznania również możemy objaśnić sobie wszystkie objawy znalezione u chorego z wyjątkiem częściowego paraliżu nerwu twarzowego t. j. ograniczonego tylko do niektórych mimicznych mięśni, który znów łatwo związać z przyczyną obwodową t. j. urazem. Za krwotokiem przemawiałby oprócz tego przyczynowy moment a więc uderzenie, nagłość wystąpienia cierpienia, nieprzytomność chorego. Przeciwno zaś temu rozpoznaniu przemawiałby do pewnego stopnia młody wiek chorego, a więc ewentualnie zdrowe naczynia, jednostronność objawów.

Z a t o r i i z a k r z e p w naczyniach rdzenia przedłużonego dają zupełnić analogiczne objawy jak krwotoki, wyłączamy zaś je pierwszy brakiem przyczyny i wiekiem, drugi zaś brakiem danych, aby przypuszczać zmianę w naczyniach. Sądzę, że między urazem, a więc przyczyną obwodowego pochodzenia, a krwotokiem *in medulla*, winno się wahać różniczkowe rozpoznanie w naszym przypadku. O innych cierpieniach, które tylko do pewnego stopnia trzeba mieć na uwadze, uważam za stosowne tylko w kilku słowach wspomnieć, gdyż z łatwością można je wykluczyć. I tak: *paralysis bulbaris acuta* (*polioencephalitis acuta*) charakteryzuje się również objawami opuszkowymi, jak utrudnione połykanie, zmiany mowy etc., przebiega jednak szybko i zwykle kończy się śmiercią. *Paralysis bulbaris progressiva* choroba, jak wiadomo, przewlekła, charakteryzująca się pewnym stałym porządkiem występowania objawów. Najprzód występuje tu trudność mowy, zależna od zaniku języka, warg i mimicznych mięśni, a dopiero do tego później przyłączają się objawy utrudnionego połykania (niedowłady podniebienia i mięśni ścieśniających gardziel), a ze strony krtani parezy i paraliż. Nagłość wystąpienia objawów u naszego chorego, polowiczność i niżej podany przebieg zupełnie wystarczają do wyłączenia tego przypuszczenia.

U c i s k r d z e n i a p r e d ł u ż e n o g o powstaje w sposób ostry na skutek złamania lub zwichnięcia pierwszych dwu kręgów szyjowych, lub przewlekły, jak to ma miejsce przy guzach lub próchnieniu kości potylicowej albo dwu pierwszych kręgów szyjowych, przy nowotworach opony twardej, przy nowotworach mózdzku etc. Obraz kliniczny przedstawia nam wtedy z początku objawy podrażnienia odnośnych korzeni nerwów (nerwoból nerwu trójdzielnego, skurcz mięśni twarzowych etc.), a do tego w następstwie przyłączają się opuszkowe objawy, jak utrudnienie połykania, trudność mowy, paraliż nerwu twarzowego, ewentualnie paraliż kończyn. Oprócz tego mamy wtedy ogólne mózgowe objawy, jak bóle głowy, zawroty, wymioty, napady padaczkowe i brodawkę zastoinową nerwu wzrokowego. Ostry ucisk wyłączamy na zasadzie braku odpowiednich objawów, przewlekły zaś na zasadzie nagłego początku choroby, braku ogólnych mózgowych objawów, braku zastoinowej brodawki etc. N o w o t w o r y r d z e n i a p r e d ł u ż e n o g o, pomijając już ich rzadkość,

przedstawiają wielkie trudności dla rozpoznania, gdyż zwykle nowotworowa sprawa przechodzi z sąsiednich części. Objawy przedstawiają analogią do wyżej podanych przy ucisku rdzenia przedłużonego. Oprócz tego jako ważny objaw dla nowotworów mózdku podają moczówkę cukrową i prostą. Przypuszczenie to wyłączamy na zasadzie szybkiego wystąpienia choroby, braku ogólnych mózgowych objawów, braku zastoinowej brodawki, przebiegu etc.

Mając na uwadze, że włókna nerwowe i mięśnie, zależne od nerwu podjęzykowego i twarzowego, okazały się tylko częściowo zwyrodniałemi, że więc mogły jeszcze poniekąd odzyskać funkcję, domysłając się przez analogią, że mięśnie przelknięcia i krtani znajdowały się w podobnym stanie, postawiłem r o k o w a n i e w danym przypadku względnie niezłe, a odpowiednio do tego rokowania racjonalnem w s k a z a n i e m zdała mi się faradyzacja mięśni mimicznych języka i podniebienia, a endolaryngeolna krtani. Obok tego do wewnątrz podawałem strychninę po $\frac{1}{60}$ gr.

Niżej podany przebieg w zupełności stwierdził moje w tym względzie zapatrywanie. Chory pozostawał w mojej kuracyi blisko miesiąc. Znalezione przy pierwszym badaniu zmniejszone czucie bólu i dotyku z lewej strony twarzy, w lewej połowie jamy ust i gardła już po pierwszych dniach, pomimo kilkakrotnego badania, nie udało mi się stwierdzić. Pod wpływem wyżej omówionego leczenia uzyskałem dużą poprawę. Ruchy mimiczne lewej połowy twarzy znakomicie się wzmogły, lewa połowa języka zaczęła przyjmować daleko większy udział w jego ruchach, chory mógł już jeść lewą stroną, paraliż podniebienia miękkiego znikł prawie w zupełności, połykanie stało się prawie zupełnie prawidłowe, zachłystywanie się i mowa nosowa znikły. Powoli zaczęło powracać także czucie w lewej połowie krtani, lewa struna głosowa zaczęła przyjmować nieznaczny udział przy wdechu, stała się mniej wklęsłą, a przy fonacyi więcej się zbliżała do prawej, chory zaczął mówić daleko głośniej, a dotychczasowo spostrzeganego ciągłego wypełnienia się dołka łódkowatego śluzem i śliną nie mogłem już zauważyć. Stale pozostawało tylko przyspieszone tętno, zwężenie lewej źrenicy i występowanie potu tylko na prawej połowie twarzy. Co do ostatniego winienem jeszcze dodać, że pot daleko obficie występował na całej prawej połowie ciała, co miałem sposobność stwierdzić zaleciwszy chorému wypić dwie szklanki herbaty z koniakiem. Ostatni raz widziałem chorego 7/XII 86 r. Od tego czasu znikł mi z oczu.

Chorego tego przedstawiłem 7/XII 86 w Towarzystwie Lekarskiem, gdzie wyraziłem pewne wątpliwości, co do stanowczego rozpoznania obwodowej przyczyny na tej zasadzie, że aczkolwiek wszystkie objawy przemawiały za przyczyną urazowego pochodzenia, brak jednak czucia w lewej połowie języka, co według słów chorego trwało aż do ostatnich tygodni, jako też znaleziona przy pierwotnem badaniu nieczułość lewej połowy twarzy i jamy ust przemawiałaby raczej za krwotokiem do rdzenia przedłużonego. Z obecnych na tym posiedzeniu kolegów zabrał głos kolega GOLDFLAM i uzasadniał przyjmowaną przez siebie obwodową przyczynę cierpienia, wyłączając krwotok na podstawach następujących: uraz w mowie będący, a mianowicie uderzenie seczorykiem, nie mógł być tego rodzaju, aby wywołać tak silne wstrząśnienie mózgu, przerwanie naczyń,

młody wiek osobnika ewentualnie więc zdrowe naczynia, lewostronność objawów, brak objawów ze strony ośrodku oddechowego, jak przyspieszenie oddechu, nieregularność etc., brak porażenia kończyn, rzadkość tego rodzaju krwotoków zwykle śmiertelnych, łagodny przebieg cierpienia i t. d. Wszystkie objawy spostrzegane u chorego dają się, zdaniem kol. GOLDFLAMA, zadawałniając co objaśnić przez przyjęcie przyczyny obwodowej, a niektóre z nich, jak np. porażenie zwyrodniające niektórych tylko mięśni twarzy, jednostronne zaburzenie wyłącznie części szyjowej nerwu sympatycznego i t. d., tylko obwodową przyczyną (urazem) wytłumaczyć można.

Paraliże krtani na skutek krwotoków do rdzenia przedłużonego były dotychczasowo rzadko spostrzegane. Tak LÖRI ¹⁾ wspomina w pracy swej KÖHLERA, który obserwował paraliż krtani zależny od krwotoku w rdzeniu przedłużonym, stwierdzony badaniem pośmiertnym. Także czwarty przypadek MACKENZIEGO ²⁾, cytowany przy opisie paraliżów zależnych od zmian w rdzeniu przedłużonym, zdaje się także należeć do omawianej kategorii. Paraliże krtani, zależne od przecięcia nerwu błędnego, również należą do rzadkich. Mogą się one zdarzać przy wykonywaniu chirurgicznych rękoczynia na szyi, w przypadkach podwiązania nerwu razem z *art. carotis*. Prawie analogiczny przypadek urazowego połowicznego paraliżu krtani opisuje ZIEMSEN ³⁾. W przypadku tym oprócz nerwu błędnego był dotknięty także nerw podjęzykowy. Chory ten wyzdrowiał. Do tejże kategorii odnosi się przypadek SCHIFFERSA ogłoszony w zeszłym roku ⁴⁾.

W przypadku naszym mieliśmy zupełny połowiczny paraliż gałązek krtaniowych nerwu błędnego. Jak wiadomo obraz wzniernikowy zupełnego paraliżu nerwu błędnego wyróżnia się od paraliżu nerwu zwrotnego (*recurveus*) tem, że przy pierwszym przyjmuje udział nerw krtaniowy górny (*laryngens superior*). Paraliż nerwu krtaniowego górnego oprócz, nieczulicy krtani, charakteryzuje się paraliżem mięśni obrączko-tarczykowych (*m. crico thyreoides*) i mięśni zwieraczy nagłośni (*m. thyreo-ary-epiglott.*). Według MOESERA ⁵⁾, na skutek paraliżu zwieraczy nagłośni, nagłośnia po stronie porażonej nawet przy spokojnem oddechu stoi wyżej. Porażenie zaś mięśni obrączko-tarczykowych, według tegoż autora, można zauważyć tylko przy wydobywaniu tonów, mianowicie po stronie porażonej struna głosowa w skutek braku napięcia wydaje się krótszą, szerszą i tylna jej część stoi wyżej aniżeli przednia. Z powodu braku napięcia w więzie nalewko-nagłośniowym (*liq. ary-epigl.*), wierzchołek. Chrzastki nalewkowej po stronie porażonej skłania się więcej naprzód, w skutek czego wyrostek głosowy struny zdrowej występuje po za wyrostek głosowy struny chorej, a tylna połowa nieporażonej struny stoi głębiej aniżeli porażonej. Chrzastki na-

¹⁾ Löri. Die durch anderweitige Erkrankungen bedingten Veränderungen des Rachens etc. 1885 r.

²⁾ Traité pratique des maladies du Laryng etc. 1882 str. 586.

³⁾ Tamże st. 592.

⁴⁾ Internationales Centralblatt für Laryngologie etc. Nr. 10 1887.

⁵⁾ Moeser. Das laryngoscopische Bild bei vollkommener einseitiger Vagusparalys. Mittheilungen aus der med. Klin. zu Würzburg Bd. I. s. 201.

lewkowe krzyżują się. Tylko co opisanego obrazu wziernikowego podanego przez MOESERA, a mającego charakteryzować połowiczne porażenie mięśni zwieraczy nagłośni i mięśni obrączko-tarczykowych, w przypadku moim nie miałem sposobności stwierdzić. Zauważyłem tylko, jak to już nadmienilem, ustawianie się chrząstki nalewkowej strony zdrowej przed chrząstką porażoną.

Przypadek nasz, jeżeli jako przyczynę przyjąć uraz resp. obwodowe pochodzenie, wykazuje możliwość występowania objawów nieznanej dotąd formy klinicznej, mianowicie rzekomego opuszkowego porażenia, jednostroennego, obwodowego pochodzenia. Dotychczasowo znane jest klinicystom prawdziwe opuszkowe porażenie, zależne od zwyrodnienia jąder na dnie czwartej komórki i rzekome hemisferycznego pochodzenia przy symetrycznem rozmięczeniu dolnych części zawoju czołowego wschodzącego, czołowego dolnego i substancji białej blisko leżącej (LEPINE).

SPRAWOZDANIE Z RUCHU CHORYCH W LATACH 1884 i 1885 na oddziale chirurgicznym Prof. D-ra Obalińskiego w Krakowie.

Zestawili D-rowie Mężyk i Dobruchowski sekundaryusze tegoż oddziału.

(Ciąg dalszy.—Zobacz Nr. 20).

C. Choroby przewodu pokarmowego.

1. Jeden przypadek przetoki policzka po ranie postrzałowej; wyleczenie po dokonanej plastyce.

2. Cztery przypadki zapalenia języka u mężczyzn; wszystkie wyleczone.

3. Zwężenia przełyku (*stricturae oesophagi*). Leczone 5 przypadków; 5 mężcz. i 1 kob. Z polepszeniem wyszedł 1 m. Nie wyleczonych 2 m. i 1 k. Umarł 1 m. Przypadki te były nowotworowe i dotyczyły ludzi wiekowych. Trzy z nich nie kwalifikowały się do operowania a ograniczono się w nich na rozszerzaniu przełyku przez zaprowadzanie sondy.

W jednym tylko przypadku gdzie nowotwór rakowy wystąpił u człowieka lat średnich przystąpiono do oesophagotomii, lecz przypadek ten zakończył się śmiercią. Operacja była tu wskazaną ze względu na nadzwyczajne zwężenie, niemal zupełne zamknięcie przełyku, tak, iż Nr. 1 sondy Trousseau'a nie dał się przeprowadzić, a przechodziły tylko najcieńsze katetery elastyczne. Ponieważ zwężenie leżało w okolicy obojczyka, chory nawet płynów połykać nie mógł, zachłystując się nimi, to przecięto przełyk po wewnętrznym brzegu m. sterno-cleido-mastoid. a wszedłszy palcami znaleziono poniżej dolnego kąta rany liczne wybujałości brodawkowate, kruche. Rana, bez gorączki, goiła się dobrze, chorego odżywiano przez sondę która tak od ust, jak i od rany wchodziła z łatwością po rozdarciu palcami miejsca zwężonego. Chory zmarł skutkiem wyniszczenia.

4. Odbyt nieprawidłowy. (*Anus praeter naturam*) i Przetoka kałowa (*Fistula stercoralis*).

Była przedmiotem leczenia u 2 mężczyzn i 3 kobiet. Wszystkie te przypadki powstały skutkiem uwężgnięcia przepukliny. Dwa z nich wyszły wyle-

czone. Z tych jeden dotyczył mężczyzny lat 48 mającego, który od 16 lat cierpiał na przepuklinę w pachwinie prawej. Na trzy tygodnie przed przybyciem do szpitala, wytworzył mu się w pachwinie obrzęk twardy, bolesny, wielkości jaja kurzego, który w dwa tygodnie otworzył się, wydzielając kał. Większa część stolca odchodzi drogą naturalną. W chwili przyjęcia chorego do szpitala brzegi otworu tego, przez który dał się z łatwością przeprowadzić mały palec, były strzępiaste i pokryte tkanką nekrotyczną. Palec wprowadzony wykazywał część odprowadzającą i doprowadzającą jelita, przyczem można było stwierdzić, że światło jelita nie jest zbyt wąskie. Ze względu na te stosunki można było sądzić, że sprawa powstała przez zapalenie uwiecznionej ściany kiszki, czyli tak zwanej przepukliny Littrego. Oczyszczywszy brzegi otworu z tkanin nekrotycznych, codziennie dla czystości zmieniano opatrunek, pobudzając ziarninę lapisowaniem, doprowadzono przetokę w 4 tygodniu do zupełnego zagojenia. U drugiego ze sztuczną rzycią po przepuklinie dokonano enterorafii ze skutkiem dobrym, który to przypadek był opisany w Przegl. Lek. z r. 1886. Co do przypadków dotyczących kobiet, to jedna wyszła niewyleczona na własne żądanie, u drugiej zaś z rozpoznaniem „*Anus praeternaturalis post gangraenam herniae incarceratae, fibromyomata uteri*“ wskazana była rezekcya kiszki, lecz stan ogólny nie pozwalał na operację i przypadek ten zakończył się śmiercią. Sekcya wykazała: *Fistula stercoralis inter intestinum ileum et canalem cruralem partis dext. Endocarditis verrucosa recens valvular. semilun. aortae, c. thrombosi totali sinuum Valsalvae et embolia arteriarum coronarium cordis c. myomalacia musculi cordis. Gangraena totius lienis post necrosim embolicans, synechiam inflammatoriam c. flexura lienali colonis et perforationem ejusdem intestini. Peritonitis fibrino purulenta universal. Fibromyomata uteri interstitialia etc.* Trzecia u której dokonano enterektomii, wyszła wyleczona.

5. *Przetoka odbytnicy (Fistula ani)*. Leczono u 9 mężczyzn i 2-eh kobiet. Wszyscy wyszli wyleczeni; jedną zaś kobietę przeniesiono na oddział syfilitycznych skutkiem trypra pochwy, szerzącego się na kışkę odchodową.

6. *Szczelina odbytnicy (Fissura)*. U 1 mężcz. i 4 kobiet. Wszyscy wyleczeni.

7. *Przetoka pępkowa (Fistula umbilicalis)*. Datowała się u 1 chorej od 3-eh tygodni, poprzedzona znacznymi bólami w kışkach. Od tej pory odchodziła ustawicznie ropa kałem cuchnąca i jakby strzępki tegoż zawierająca. Pod chloroformem rozszerzono otwór i przekonano się, że palec wchodził do jamy b. głęboko leżącej, obszernej, z kąd wychodząc cuchnął kałem. Dla przeświadczenia się, czy ropień komunikuje z kışką, przez zaprowadzony dren wstrzyknięto rozczyń indyhtu, którego to barwika nie wykazano jednak w kale. Jest przeto najprawdopodobniejszem, że ropień sąsadował tylko z kışką i z kąd szerzył woń kałową. Przypadek ten więc ściśle nie należy do tej grupy chorób.

8. *Wypadnięcie odbytnicy (Prolapsus recti)*. Leczono 8 przypadków. Z tych 6 po operacji wyszło wyleczonych. Jedną kobietę z wypadnięciem samej błony śluzowej przeniesiono na oddział chorób wewnętrznych, skutkiem dysenterji. Jeden przypadek u kobiety 45-letniej, cierpiącej od dłuższego czasu na przewlekły niezbyt kışek i ogólne wycieńczenie sił, w 4-ym dniu po przyjęciu zakończył się śmiercią.

9. *Żyłaki odbytnicy (Haemorrhoides)*. Leczone u 13 mężczyzn i 6 kobiet. Wyleczono 10 mężcz. i 4 kob. Z polepszeniem 1 m. którego leczono środkami rozwalniającymi. Nie wyleczonych 2 mężcz. i 2 kob. którzy nie chcieli poddać się operacyi.

10. *Przepukliny (Herniae)*. Były leczone w 31 przypadkach u 22 męż. i 9 kob. Z tego wyszło wyleczonych 13 m. i 6 kob. Nie wyleczonych 4 męż. z przepukliną wolną. Umarło 5 m. i 3 kob. W przypadkach tych dokonano 8 razy odprowadzenia bezkrwawego przepukliny (*Taxis*) 1 przypadek po herniotomii przeniesiony z kliniki chirurgicznej na doleczenie, 18 razy dokonano herniotomii, herniolaparotomii.

Z liczby wyleczonych zasługuje na uwagę jeden szczególnie, gdzie z powodu nekrozy uwięźniętego jelita, wycięto z takowego 65 ctm. Szczegóły tego przypadku były już podane w „Szkicach herniologicznych“ przez prof. d-ra OBALIŃSKIEGO. (Medycyna r. 1885).

Do tej grupy należy zaliczyć 1 przypadek z zapalenia worka przepuklinowego, który to chory wyszedł wyleczony.

11. *Niedrożność jelit (Occlusio intestinorum)*. Leczone 14 przypadków, 8 męż. i 6 kob. Wyszło wyleczonych 3 m. i 2 kob. wszyscy po dokonanej laparotomii. Umarło 5 m. i 4 kob. Także po dokonanej operacyi. Przypadki te wszystkie ogłoszone zostały poprzednio przez prof. OBALIŃSKIEGO.

D. Choroby narządu słuchowego.

Zapalenie ucha środkowego (Otitis media). Leczone w 16 przypadkach; u 12 mężcz. i 4 kob. Wyszło wyleczonych 10 męż. i 3 kob. Z polepszeniem 1 męż. i 1 kob. Niewyleczony 1 m. W przypadkach tych leczono otoki uszne 6 razy przestrzykiwaniami, 9 razy dokonano trepanacyi wyrostka sutkowego k. skalistej, 1 chory nie chciał się poddać operacyi.

E. Choroby narządu oddechowego.

1. *Zwężenia krtani (Stricture laryngis)*. Leczone 10 przypadków; 8 mężcz. i 2 kob. Wyszło wyleczonych 4 m. i kob. Nie wyleczonych 3 męż. którzy nie chcieli poddać się leczeniu. Umarło 1 m. i 1 kob. na gruźlicę płuc. Przyczyną zwężenia prócz wzmiankowanych gruźliczych, były zapalenia ochrzęstne potyfusowe i przerosty błony śluzowej, lub zgrubienia strun głosowych.

2. *Ropne wysięki opłucnej (Empyema)*. Leczone u 11 mężczyzn i 5 kob. Wyszło wyleczonych 6 męż. i 4 kob. Umarło 5 m. i 1 kob. na gruźlicę płuc i krtani, 1 przypadek przeniesiono z kliniki chirurgicz. na doleczenie.

F. Choroby układu naczyniowego.

1. *Żyłaki krwawiące na odnogach dolnych*, u 1 męż. i 2 kobiet. Wyleczeni.

2. *Żyłaki z następowem owrzodzeniem*, na podudziu 1 mężczyzna. Wyleczony.

3. *Zapalenie żyły udowej (Phlebitis)* 1 mężcz. Wyleczony.

4. *Krwotok z kikuta uda po amputacyi*. 1 męż. Wyleczony.

5. *Naczyniaki (Angiomata)*. Naczyniak na barku u dziecka wypalano żegadłem. Wyleczenie. Drugi na czole wycięto.

6. Tętniak tętnicy udowej u mężczyzny, zakończył się śmiercią, skutkiem mocznicy, gdyż chory cierpiał na zapalenie nerek wysokiego stopnia. Sekcya wykazała zanik obu nerek, co zaś do tętniaka orzekła, iż było to *Aneurysma verum arteriae cruralis*.

G. Choroby narządu moczopłciowego.

1. Stulejkę (*phymosis*) leczono u 5-ciu chorych. Z a ł u p e k z a s (*paraphymosis*) u 1-go chorego. Wszyscy wyleczeni.

2. Pęknięcia cewki moczowej (*Ruptura*). Leczono u 1-go mężczyzny, u którego powstało skutkiem urazu kroczu. Wystąpiło zupełne zatrzymanie moczu. Dokonano uretrotomii zew. a chory wyszedł wyleczony. U 1 kobiety zaś przyczyną rozdarcia była sprawa porodowa, dokonano zeszcicia cewki a chora wkrótce zupełnie uleczona opuściła oddział.

3. Zwężenia cewki (*Strictureae*). Leczono u mężczyzn 17 razy. Wyszło wyleczonych 14 chorych. Z polepszeniem 3 chorych. W 5 przypadkach stopniowo rozszerzono cewkę zaprowadzeniem coraz grubszych cewników. Dwa razy dokonano uretrotomii zewnętrznej. Dziesięć zaś razy wewnętrznej.

4. Przetoki moczowe (*Fistulae urinosae*). Leczono u 6 mężczyzn i 11 kob. Wyszło wyleczonych 8 m. i 6 kob. Z polepszeniem 1 m. i 1 kob. Nie wyleczonych 2 m. i 4 kob., którzy nie chcieli poddać się operacyi.

5. Zapalenia pęcherza moczowego (*Cystitis*). Leczono 28 przypadków; u 21 mężcz. i 7 kob. Z tych wyszło wyleczonych 4 mężcz. i 1 kob. Z polepszeniem 8 męż. i 2 kob. Przeniesiono 5 m. i 3 kob. na oddziały: wewnętrzny z przyczyny pneumonii, syfilityczny z powodu trypra, ginekologiczny z przyczyny *endometritis*. Nie wyleczonych 4 męż. i 1 kob. z których troje cierpiało prawdopodobnie na gruźlicę pęcherza, 1 na porażenie przy władzie rdzenia kręgowego, 1 żądał wypuszczenia do domu.

6. Przerost gruczołu krokowego (*Hypertrophia prostatae*). Leczono 16 razy, przeważnie u ludzi w późnym wieku. Wyleczonych 3. Z polepszeniem 8. Nie wyleczonych 4. Umarł 1 b wiekowy człowiek z objawami wycieńczenia starczego.

7. Gruźlica pęcherza (*Tuberculosis vesicae*). U 1 mężczyzny który umarł. Rozpoznanie potwierdziła sekcya.

8. Kamień pęcherza moczowego (*Calculus vesicae*). Operowano u 6 mężczyzn. Wyleczono 4 męż. Umarło 2 męż. Trzy razy robiono *sectio alta*, z powodu kamieni znacznej wielkości. W jednym przypadku u chłopca b. nędznie wyglądającego brzegi rany po operacyi rozeszły się, rana nie okazywała dążności gojenia się, wystąpił zaciek moczowy w okolicy rany, ropienie z następowem zakażeniem ropniowem. Trzy razy wykonano *sectio mediana* (1 umarł).

9. Zapalenie jąder (*Orchitis*). Leczono 3 przypadki. W jednym z nich przyczyną była gruźlica. Jedno jądro wyluszczone, drugie wyskrobano. Wszyscy chorzy wyszli uleczeni.

(d. n.)

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

29. J. BOAS. Przyczynek do sprawy trawienia białka (*Ztschr. für Klin. Med.* T. XII. Z. 3. Str. 231). Przy badaniu czynności żołądka, oprócz głównych składników soku żołądkowego, należy mieć na względzie niemniej ważną sprawę, a mianowicie poznanie produktów przemiany ciał białkowych. Produkty te, które dawniej jako bardzo liczne i złożone opisywano, zostały obecnie sprowadzone do trzech ciał; syntoniny (*acidalbumin*), propeptonu (*hemialbumoza*) i peptonu. Każde z nich posiada cechy charakterystyczne, pozwalające odróżnić je od zwykłego, krzepliwego białka. Pepton rozpuszcza się łatwo w wodzie, nie strąca się ani kwasem octowym z żelazosinkiem żółtym potasu, ani kwasem octowym z chlorkiem sodu; hemialbumoza wyróżnia się od peptonu i syntoniny tem, iż kwas octowy z chlorkiem sodu oraz kwas saletrzany strącają ją na zimno, gdy tymczasem po ogrzaniu osad się rozpuszcza; syntonina odznacza się rozpuszczalnością w rozcieńczonych ługach i kwasach, natomiast pozostaje bez zmiany w wodzie i roztworach solnych obojętnych. Pepton i propepton dają odczyn biuretowy, syntonina zaś nie.

Autor zbadać postanowił następujące kwestye: 1) czy wszystkie owe odmiany białka istnieją przy trawieniu każdego pokarmu białkowego; 2) czy czas pojawiania się i znikania ich bywa stałym; 3) czy i jakie znaleźć można różnice u ludzi zdrowych i chorych na żołądek.

W tym celu sprostregął z jednej strony przebieg trawienia sztucznego, z drugiej trawienia z treścią żołądkową, czerpaną od osobników zdrowych.

Sztuczny płyn trawienny przygotowywał, biorąc 3 — 5 c. sz. *HCl. officin.* i 3—5 grm. pepsyny na litr wody przekrojonej; do poszukiwań używał świeżego włókniaka z krwi wołowej, przechowywanego w glicerynie, białka kurzego gotowanego, wreszcie drobno posiekanego, oczyszczonego z tłuszczu i ścięgien mięsa skrobanego. Na 100 c. sz. płynu trawiennego autor brał 3 grm. odpowiedniego ciała białkowego.

Wynik trawienia badanym był już po upływie 10 — 15 minut od chwili umieszczenia próbówki w piecyku przy ciepłocie 38—41° C. i następnie robione były próby w pewnych odstępach czasu aż do 3—4 godzin. Celem wykrycia wolnych kwasów, brano metyl fioletkowy, tropeolinę, odczynniki Reoch'a i Uffelmann'a. Stopień kwasności oznaczono 0,1—normalnym ługiem sodowym i fenolem ftaleinowym.

Poszukiwania ze sztucznym sokiem żołądkowym. — a) Włókniak. 1—3 grm włókniaka na 100 c. sz. soku ulegają rozpuszczeniu po upływie 30 — 50 minut. Po 5 minutach znaleźć już można syntoninę; po 10 — 15 minutach występuje odczyn biuretowy z lekkim odcieniem błękitnym. Odczyn ten zależy przeważnie od propeptonu, a w małym jedynie stopniu od peptonów. Po upływie 18—24 godzin w płynie znajduje się tylko syntonina i pepton, nie ma natomiast produktu pośredniego t. j. propeptonu, co dowodzi, iż peptonizacja powstawać może wprost z syntoniny.

Dla przemiany propeptonu w pepton niezbędną jest obecność zaczynu trawiącego—pepsyny, gdyż po zniszczeniu ostatniej 2—3 %-owym węglanem sodu przemiana ta nie następuje. Syntonina i propepton wytwarzają się pod wpływem działania na białko samego tylko kwasu; przeciwnie peptony mogą jedynie przy udziale kwasu solnego wraz z zaczynem powstawać. Ostateczny zatem produkt trawienia przy pomocy soku żołądkowego stanowią wyłącznie peptony.

b) Białko kurze. Ulega ono trawieniu daleko wolniej, niż włókniak, a po 24 godzinach nawet niezupełnie jeszcze się rozpuszcza. Odczyn biuretowy występuje dopiero po 60 — 70 minutach; syntonina po 10 — 20 minutach, lecz utrzymuje się w ciągu 24 godzin. Ilość wytwarzanego propeptonu jest o wiele

mniejszą, aniżeli przy trawieniu włókniaka. Po 12 — 24 godzinach znajdujemy jedynie syntoninę i pepton, a propeptonu brak.

c) **Mięso skrobane.** Bardzo szybko spostrzegamy pęcznienie mięsa oraz zblednienie czerwonej jego barwy. Po 10—20 minutach zjawia się znaczna ilość syntoniny; odczyn biuretowy dopiero po 50—60 minutach. Zarówno w początkowych, jak i w końcowych okresach trawienia znajdujemy dwa tylko produkty: syntoninę i pepton; pierwszą wykryć można nawet po 48-godzinnym trawieniu.

Wnioski: 1) Wytwarzanie się syntoniny spostrzegamy już od chwili rozpoczęcia czynności trawienia. 2) Propepton istnieje tylko przy trawieniu włókniaka; w mniejszym stopniu przy trawieniu białka kurzego; natomiast przy trawieniu mięsa nie pojawia się on wcale. 3) A zatem propepton nie stanowi koniecznego produktu przy trawieniu ciał białkowych, lecz jest wytworem pobocznym i powstaje, podobnie jak syntonina, pod działaniem tylko kwasu (solnego). 4) Propepton z wolna przechodzi w pepton, tak iż po dłuższym czasie znajdujemy jedynie syntoninę i pepton.

Poszukiwania z sokiem żołądkowym ludzkim. a) Doświadczenia z bułką. Treść żołądkowa człowieka zdrowego, wydobyta w 60—75 minut po spożyciu naczecz 1—2 bułek (35—70 grm.) wraz z 200—300 c. sz. wody, wykazuje mieszaninę różnorodnych ciał białkowych, w szczególności syntoniny, propeptonu i peptonu. W przebiegu trawienia 35 grm. bułki odróżnić można 3 okresy: w pierwszym (aż do 90 minut) kwaśny przesącz daje wyraźny odczyn biuretowy i zawiera wszystkie 3 ciała białkowe; w okresie drugim (90 — 130 minut) ilość syntoniny jest o wiele mniejszą, odczyn biuretowy bardzo wyraźny; w trzecim okresie (130—180 minut) treść żołądkowa nie zawiera już cząstek pokarmu, jest czystą i oddziaływa słabokwaśno, odczyn biuretowy słaby, propeptonu wcale nie ma, a syntoniny zaledwo ślady.

Po spożyciu podwójnej ilości bułki (70 grm.) przebieg trawienia bywa zupełnie analogicznym w okresach wcześniejszych; natomiast po upływie 120 minut treść zachowuje się tak, jak przy 35 grm. bułki po 60 minutach; po 150—180 minutach tak, jak po 90—100 minutach przy 35 grm. bułki. Ilość płynu, wprowadzonego do żołądka wraz z bułką, nie wpływa wcale na przebieg trawienia. Po 200 minutach żołądek zawiera bardzo małą ilość treści.

b) **Białko kurze.** Czas pozostawiania tegoż w żołądku znacznym podlega wahaniom. Według GLUZIŃSKIEGO i JAWORSKIEGO białko znika z żołądka po 5 kwadransach; wszelako EWALD znajdował je jeszcze po 2 godzinach. Dla wytworzenia się syntoniny z białka kurzego potrzebną jest duża ilość kwasu solnego, i dla tego wolny *Hcl* pojawia się stosunkowo dość późno. To nam tłumaczy, dla czego, mimo braku kwaśnego odczynu w przesączu, mimo braku w nim kwasu solnego, znajdujemy wyraźny odczyn biuretowy. Syntonina wykazać się daje po 15—20 minutach, po upływie 30—40 minut odczyn biuretowy; ilość propeptonu niewielka, jednocześnie zaś dużo peptonów.

c) **Mięso skrobane.** Dając badanym osobnikom naczecz 50 grm. świeżego mięsa wołowego, autor znajdował po 20 — 25 minutach kwas solny obok wyraźnego odczynu na kwas mleczny. Ilość syntoniny jest bardzo znaczną i zwiększa się stale aż do 60 — 100 minut, poczem szybko opada. Odczyn biuretowy występuje już po 15 — 30 minutach i trwa od 120 — 150 minut. Propepton nie pojawia się wcale. Po upływie 180 — 200 minut treść żołądka oddziaływa obojętnie, odczyn biuretowy posiada odcień błękitnawy, a kwas octowy z żelazosinkiem żółtym potasu wykrywa obecność białka.

d) **Pokarm mieszany.** Po spożyciu objadu, złożonego z mięsa, kartofli i jarzyny, peptonizacya rozpoczyna się o wiele wcześniej, zanim odczyn na kwas solny występuje; natomiast istnieje kwas mleczny. Peptonizacya wzrasta

w ciągu 4—6 godzin, następnie po upływie 7—8 godzin treść oddziaływa słabokwaśno lub obojętnie.

Z powyższych danych wynika, iż trawienie sztuczne jakościowe nie różni się od trawienia żołądkowego, lecz tylko pod względem czasu występowania trzech głównych przemian białka. Najbardziej do trawienia sztucznego zbliżonym jest trawienie bulki w żołądku. Przy trawieniu sztucznym można w każdym okresie znaleźć wszystkie 3 produkty jednocześnie, przy naturalnym — istnieje ku końcowi jeden tylko produkt ostateczny t. j. pepton.

Rola propeptonu bywa rozmaita przy odmiennych pokarmach białkowych, a w każdym razie zajmuje on miejsce podrzędne, gdyż peptonizacja może i wprost z syntoniny powstawać.

Przy zdwojenem obciążeniu żołądka pracą tenże nie rozwija czynności w dwójnasób większej, lecz przeciwnie spełnia tylko połowę czynności.

Stany chorobowe dotyczą najczęściej zaburzeń w wytwarzaniu produktów niższych (syntoniny i propeptonu), rzadko zaś sprawy peptonizacji. W tych razach, gdzie dużo powstaje syntoniny, przejście w peptony odbywa się zazwyczaj z łatwością.

Henryk Pacanowski.

30. Porażenia perjodyczne (*Paralysie périodique par le Dr. Georges COUSOT*). Z porażen, występujących podczas ostrych chorób, najwięcej są znane porażenia przemijające, będące w związku z zakażeniem bagiennym. Porażenia te występują wraz z napadem i ustępują z nim jednocześnie. Obok tych przemijających porażen, mających podstawę patologiczną, istnieją porażenia, tak zwane perjodyczne (*paralysie périodique*), w których dotąd patologicznego gruntu nie można było wykazać. Autor właśnie zebrał siedm takich przypadków, pięć własnych, jeden WESTPHAL'a i jeden HARTWIG'a.

Spostrzeżenie własne autora. W rodzinie L. z W., składającej się z 10 osób, rodziców i ośmiorga dzieci, pięć osób, t. j. matka i czworo dzieci miewają ataki porażenia. Pozostałe dzieci są najzupełniej zdrowe. Staranne badanie wykazało, że chorzy bracia mają głowy mniejsze od zdrowych, zaś siostry chore mają jedną połowę głowy mniejszą od drugiej. Napróżno starano się wykryć jakiś moment dziedziczny, jakąś skłonność do chorób nerwowych tak w ojcu, jako też i w rodzinie matki.

Matka od lat 10 nie żyje, miewała mniej więcej po dwa ataki tygodniowo, podczas których nie była zdolną wykonywać żadnego ruchu w kończynach, o czem dokładnie jej dzieci pamiętają.

Drugi syn z kolei liczący lat 54, od 14 lat miewa napady porażenia. Szczegółowe badanie wykazało, że to człowiek zupełnie zdrowy, wzrostu małego, budowy atletycznej, dosyć inteligentny. Prawie codziennie, jednak częściej nocą miewa ataki porażenia. Ogólne osłabienie zazwyczaj zwiastuje atak, rzadziej ból lub mrowienia w ciele. Przestrach, wszelkie wzruszenia przyspieszają atak, praca, zmęczenie powiększają siłę ataku. Sam atak rozwija się powoli i trwa zazwyczaj 8 do 10 god., rzadziej 2 do 3 god. Kończyny górne, dolne i tułów są bezwładne, mięśnie tracą napięcie (*paralysie flasque*). Szczeka dolna ruchoma, polykanie utrudnione, mowa również, język sztywny. Mięśnie twarzy nie są dotknięte. Na wysokości ataku chory nie jest w stanie wykonać żadnego ruchu kończynami. Głowa wygina się nieco ku tyłowi i nie może być samowolnie nachyloną naprzód. Boczne ruchy głowy mocno ograniczone. Mięśnie nie oddziałują na strumienie elektryczne (ani stały ani przerwany). Przytomność w zupełności zachowana. Czucie również zachowane jak i funkcyja zmysłów. Nie było nigdy przypadku mimowolnego oddania uryny lub kału. Mocz c. g. 1030 nie zawiera ani cukru, ani białka, dużo kwasu moczowego. Podczas ataku chory poci się silnie, a na twarzy występuje prawdziwa seborrhoea, tłuszcząca papier. T. 37^o2, podczas ataku 37^o5 C.

Zupełnie podobne ataki porażenia opisuje autor i u drugich dzieci, jakoto: u Franciszka (36 lat) miewającego ataki od lat 10, u Emmy (32) również od lat dziesięciu mającej ataki, powtarzające się co dni 15, i u Józefy (21 lat) od lat dziesięciu miewającej ataki co dni ośm. We wszystkich tych przypadkach nie można było wykazać żadnych zmian. U kobiet zaś ataki nie miały żadnego związku z regularnością. We wszystkich prawie przypadkach odruch kolanowy lewy zachowany, z prawej strony trudno występuje. Pomiędzy spostrzeżeniami, jakie autor przytacza, przypadki WESTPHAL'A i HARTWIG'A przedstawiają najzupełniej analogiczny obraz z powyżej opisanym. Co się zaś tyczy przypadków skreślonych przez GIBNEY'A i CAVARÉ, którym gorączka zawsze towarzyszyła, to autor przypuszcza, że porażenia te były w zależności od zakażenia bagiennego.

Etyologia i fizjologia patologiczna. W przypadkach opisanych przez autora, choroba rozwijała się na gruncie dziedzicznym gdyż dotknęła w jednej rodzinie pięć osób. Osoby chore są mniej fizycznie rozwinięte od reszty członków rodziny. Autor przeprowadza różniczkowe rozpoznanie pomiędzy zakażeniem bagiennym, zatruciem ołowianem, *poliomyelitis anterior acuta*, *paralysis ascendens Landry* i symulacją. Autor sądzi, że wytlomaczenia tych zaburzeń paralitycznych przemijających szukać należy w zaburzeniu czynności hamujących ośrodków mózgowych. Na poparcie tego zdania autor przytacza doświadczenia Ch. RICHER'A, który u ryby wywoływał ogólne osłabienie mięśniowe uszczypnięciem w szczękę. Wiadomo zresztą, że w stanie hypnotycznym mogą ustępować zupełnie i ponownie się zjawiać przykurczenia przy pewnych poruszeniach ręki. Wreszcie fakt prosty z życia codziennego dowodzi ze wszelkie wstrząsy osłabiają siłę mięśniową.

Leczenie. Autor zaleca siarczan chininy, po której zauważył zmniejszenie siły i częstotści napadów. Inne środki jakoto: strychnina, brom, ergoty na pozostawały bez skutku. Elektryczność stała stosowana na rdzeń, a również faradyzowanie mięśni powiększało siłę ataku. Przypalania, jodek potasu korzyści żadnej nie przynosiły.

(*Revue de médecine. Mars 1887*). J. Drzewiecki.

31. Podawanie tłuszczu i kwasów tłuszczowych w przewlekłym charłactwie. *Über die Anwendung der Feste und Fettsäuren bei chronischen Zehrkrankheiten.* Prof. dr. H. SENATOR. Wiadomo jak ważną rolę odgrywa tłuszcz w ustroju; służy on dla zaoszczędzenia białka, a więc zmniejsza rozkład tkanek. Dlatego też do ważniejszych zadań lekarza w przewlekłym charłactwie należy zapobieganie zanikaniu tłuszczu, a nawet zabiegi w celu powiększenia pokładu tłuszczowego. Z wielu metod leczniczych w tym celu stosowanych, podawanie tłuszczu pierwsze zajmuje miejsce. Oprócz tłuszczów zawartych w pokarmach, używamy do tej pory jedynie tranu. Lecz i w tem napotykałyśmy niemałe przeszkody, zwłaszcza dorośli czują często wstręt do przyjmowania płynnych tłuszczów. Aby temu zapobiedz podawano tłuszcze stałe lub też w kapsułkach. Zabieg ten atoli nie usuwa wszystkich niedogodności, zwłaszcza tych, które wynikają z samych własności trawienia. W żołądku tłuszcze w większej swej części nie podlegają zmianie, a jeżeli są płynne, to pokrywając rodzajem błony masy pokarmowej, przeszkadzają działaniu soku żołądkowego na białko i opróżniają trawienie. Mała część tłuszczu ulega zmianie już w żołądku, rozpada się na kwasy tłuszczowe i glicerynę. Ostatnia ze swej strony przechodzi w kwasy wyższego szeregu: propionowy, masłowy, mrówczany i t. d. zupełnie podobnie jak się rzecz ma na zewnątrz ustroju w obecności fermentów przy gnicu w wysokiej cieplocie. Nieprzyjemne objawy niedomagania po spożyciu tłuszczów właśnie tym kwasom byt swój zawdzięczają. Właściwe trawienie tłuszczu odbywa się w kiszka pod wpływem żółci i soku trzustkowego. Tu także następuje rozkład tłu-

szczów na kwasy tłuszczowe i glicerynę; kwasy z alkaliarni tworzą łatwo rozpuszczalne mydła i podlegają wchłonięciu, gliceryna zaś jest zupełnie zbyteczną, często szkodliwą. Nadmienić wypada, że tworzenie zawiesiny tłuszczowej pod wpływem soku trzustkowego nie uważamy obecnie za niezbędne dla wchłonięcia tłuszczów; gdyż J. MUZAK i Fr. MÜLLER wykazali, że nawet te tłuszcze mogą być strawione, które przy ciepłocie ciała nie topnieją, a więc nie mogą dawać zawiesiny.

Z powyższego wynika w jaki sposób zmienić możemy podawanie tłuszczu chorym. Przedewszystkiem możemy wykluczyć zupełnie glicerynę, i zamiast zwykłych tłuszczów podawać ciała stanowiące związek kwasów tłuszczowych z innym jakim bądź wyskokiem, a nie gliceryną. Połączeń takich posiadamy sporo np. do zewnętrznego użytku zalecana lanolina. Dla naszych celów bardzo odpowiednim jest *Spermaceti, Cetoceum* t. j. połączenie kwasu palmitinowego z wyskokiem cetylowym. Środek to nie nowy, przeciwnie dawniej był używany, zwłaszcza u dzieci dla złagodzenia wszelkich podrażnień w gardle, od chrypki, kaszlu i t. p. S. podaje go od dawnego czasu z dobrym skutkiem, tam gdzie tran nie był dobrze znoszony. Podawać go można w postaci mialkiego proszku (*Spermaceti subtilissime pulver.*) na koniec noża lub łyżeczkami kawianemi dziennie 10,15 do 20 gramów; albo też w połączeniu z *Elaeosach. citri* w dawce zdwojonej. W kale chorych, którym podawał spermacet w ilości 25—20 gramów dziennie S. nie znajdował ani niezmienionego spermacetu ani kwasów tłuszczowych.

Można by również podawać same kwasy tłuszczowe, a ponieważ płynne kwasy tłuszczowe są nieprzyjemne w użyciu, możnaby przyrządzić taką mieszaninę kwasów płynnego i stałego, aby przy ciepłocie ciała topniała i podawać w postaci pigulek pokrytych keratyną (*Keratinisirte Pillen*) np. 0,3 kwasu palmitinowego i 0,15 kw. oleinowego.

Jeszcze lepiej podawać kwasy tłuszczowe w połączeniu z alkaliarni czyli pod postacią mydeł w wodzie rozpuszczalnych. Mydła te są w tym samym stosunku do tłuszczów, jak peptony do białka. Ustrój przyswaja je znacznie łatwiej, niż tłuszcze. W żołądku mydła podlegają rozkładowi; alkalia łączą się z kwasem soku żołądkowego, a kwasy tłuszczowe w kiszkaeh znowu zmieniają się na mydła. Aby i kiszkom pracy oszczędzić można mydła podawać w postaci pigulek pokrytych keratyną, pastylek i t. p. S. podawał mydła w moczówce (*diabetes*), gdzie jak wiadomo trzustka bywa nieraz dotknięta, w suchotach, w przewlekłej żółtaczce zastoinowej, a nawet przy raku żołądka i niewidział nigdy złych następstw. Zwykle S. przepisuje mydła w postaci pigulek; *sapo medicatus* z dodatkiem chinilowego gummi lub kilku kropel wyskoku, albo też w postaci pigulek pokrytych keratyną. Można by również przepisywać w postaci mialkiego proszku z dodatkiem cukru lub elaeosach.

SENATOR nie przemawia za żadnym z podawanych przez siebie preparatów wyłącznie, również nie ma zamiaru wykluczyć stosowania tranu, uważa jednak za korzystne powiększyć ilość środków do jednego i tegoż celu wiodących.

(Berl. klin. Woch. 13 - 1887). Feilchenfeld.

32. Stosowanie mentolu w suchotach płucnych. (Dr. SIEGFRIED ROSENBERG. *Therap. Monatsh.* Zesz. III 1887 r.). Korzystne wyniki, jakie autor otrzymał, przy stosowaniu mentolu w suchotach płucnych, upoważniają go do gorącego zalecenia innym badaczom pomienionego środka. Mentol był stosowany w formie wstrzykiwań podskórnych, wzięwań, a także podawany do wewnątrz. Ponieważ, przy wstrzykiwaaniach podskórnych olejstych roztworów mentolu, chorzy doznawali silnych bólów, autor przeto tej metody wkrótce zupełnie zanie-

chał. Do wzięwań używa autor przyrządu Schreiber'a z Królewca. Początkowo w tym celu posługiwał się autor mentolu, mieszaninę z wodą, później jednak zaczął używać 30% oleistych roztworów mentolu. Autor radzi powtarzać wzięwania bardzo często i za każdym razem wykonywać je tak długo, dopóki wydzielający się rozpylony płyn posiada zapach mięty. Przy wzięwaniach chorym należy zawiązywać oczy, albowiem mentol działa drażniąco na łącznicę. Wewnętrznie podawał autor mentol, początkowo z pewną obawą, w małych dawkach (0,02—0,05 grm.) później jednak stosował już dawki większe, 1,0 do 1,5 grm. 6 razy dziennie. Z powodu palącego smaku mentolu, podawać go należy w opłatkach. Początkowo chorzy zwykle niechętnie przyjmują mentol. Uskarżają się mianowicie na bóle i zawroty głowy, palenie w przełyku i uczucie podniesienia się ciepłoty skóry. Objawy te jednak wkrótce bo po 4—6 dniach znikają i chorzy w następstwie już znoszą środek bardzo dobrze. Powiększenie łaknienia, zmniejszenie a nawet zupełne usunięcie nocnych potów, zmniejszenie kaszlu i oddawanej płwociny są głównymi skutkami, jakie mentol u suchotników sprowadza. Wszystko to występuje daleko prędzej przy użyciu wewnętrznym mentolu, aniżeli przy stosowaniu wzięwań. Rzecz naturalna, że w następstwie takich dodatnich skutków mentolu, suchotnicy mogą spać spokojnie czują się w ogóle znacznie lepiej i po pewnym czasie zauważyć można przybytek wagi ciała. Co do zachowania się ciepłoty. pod wpływem mentolu, autor pozostawia rozstrzygnięcie tej kwestyi dalszym badan'om. Autor stosował mentol u suchotników, u których zmiany w płucach były już bardzo dawne, dlatego też trudno było spodziewać się, aby pod wpływem leczenia nastąpiła znaczna poprawa objawów miejscowych, tem więcej jeszcze, że okres doświadczalny był dosyć krótki (najdłużej trwał 7 miesięcy). Pomimo to zauważył autor we wszystkich przypadkach zmniejszenie objawów nieżytowych, a już to zasługiwałoby na uwagę, że w żadnym przypadku pogorszenie nie nastąpiło. Laseczniki gruźlicze znajdował autor u swoich chorych zarówno przed jak i po stosowaniu mentolu. Po użyciu mentolu spostrzegał autor częste krwotoki, czy zdarzało się to przypadkowo, czy też istnieje tu jakaś zależność, tego autor nie rozstrzyga. Na zasadzie tych spostrzeżeń autor gorąco rekomenduje mentol w suchotach płucnych, zalecając szczególniejsze stosowanie go w przypadkach poczynającej się choroby.

J. S.

Wiadomości bieżące.

— Otwarcie wystawy higienicznej w Warszawie nastąpi w Sobotę d. 21 Maja r. b.

Słownik lekarzów polskich

obejmujący

oprócz krótkich życiorysów lekarzy polaków oraz cudzoziemców w Polsce osiadłych, dokładną bibliografią lekarską polską od czasów najdawniejszych aż do chwili obecnej

ulożył Stanisław Kościński

Członek czynny i bibliotekarz Warsz. tow. lek., członek związkowy Wileńskiego tow. lek.

Zeszyt I, II i III.

Warszawa nakład Autora 1883 można nabyć w Redakcyi Medycyny — Cena: 1 rs. 50 k.
z przesyłką pocztową 1 rs. 80 kop. za zeszyt.

REDAKTOR I WYDAWCA, DR. G. FRITSCHKE Adres Redakcyi: Aleja Jerozolimska N 80.

Дозволено Цензурою. Варшава, 6 Мая 1887 г. — Чтениемъ Мѣлаха Зѣмлевѣдѣа
Krak.-Przedm. Nr. 17. Cena numeru pojedynczego kop. 15 (złp. 1).