

# MEDYCYNĄ.

CHASOPISMO TYGODNIOWE  
dla lekarzy-praktyków.

**TREŚĆ. Prace oryginalne.** O porażeniach rodzinnych napadowych, przez D-ra S. Goldflama. (Dalszy ciąg). Przyczynę do kazuistyki uchyłków przełyku (*diverticulum oesophagi*), napisał Z. Bychowski. (Dokończenie). — **Streszczenia i wyciągi.** 34. O funkcji nadnercza. 35. Zapalenie gardzieli pochodzenia dnawego (*Angina urica*). 36. Kwas mleczny w soku żołądkowym przy wrzodzie żołądka, niezycie zanikowym i rozszerzeniu żołądka. 37. Nowy sposób leczenia niestrawności kwaśnej. — **Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.** Posiedzenie z dnia 5 marca r. b. — **Drobniejsze wiadomości różnej treści.** — **Wiadomości bieżące.** — **Ogłoszenia.**

„Medycyna“  
GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE  
destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r S. Goldflam — Sur la paralysie paroxysmale et familiale. 2) D-r Z. Bychowski — Contribution à l'étude des diverticules de l'oesophage.

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

„Medycyna“  
MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT  
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r S. Goldflam — Ueber paroxysmale, familiäre Lähmung. 2) D-r Z. Bychowski — Ein Beitrag zur Casuistik der Oesophagusdivertikel.

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

## O porażeniach rodzinnych napadowych,

przez S. Goldflama.

(Dalszy ciąg. — Zob. Nr. 12).

Wyniki badania pobudliwości elektrycznej rozpatrzę oddzielnie w napadzie i po jego ustąpieniu, we względnie dobrym stanie zdrowia, albowiem całkiem różnie zachowuje się odczyn elektryczny w obu okresach.

Podczas przestanków, kiedy się bracia Rydel czują zupełnie zdrowymi, pobudliwość elektryczna bezpośrednia i pośrednia, zarówno na prąd faradyczny, jak i galwaniczny, jest wyraźnie zmniejszona. Natężenie prądu, które przed chwilą było dostateczne, by wywołać skurcze, niebawem nie jest w stanie tego uczynić. To wyczerpywanie się nerwów i mięśni względem słabszych prądów, faradycznych i galwanicznych spowodowane zostaje nie tylko przez krótkotrwałe, chwilowe podrażnienie, lecz w tymże kierunku skuteczny okazuje się wpływ stałego działania prądu galwanicznego. Wypoczynek sprowadza pobudliwość pierwotnej jej normy.

Mięśnie. Drażnienie galwaniczne tychże wywołuje typowo powolny skurcz, KaSZ zazwyczaj występuje wcześniej, rzadko tylko (np. w drobnych mięśniach dłoni) przeważa An lub też równą się okazuje Ka. KaZTe otrzymać się udaje przy względnie słabych prądach, prawie, że tych samych, jakie wywołują AnSZ i AOS. Przy KaZTe występuje niekiedy, wszakże wcale nie stale, przetrwanie (*Nachdauer*) skurczu (jeszcze po przerwaniu prądu). Również dość często udawało się łatwo otrzymać KaOS, już przy prądzie niezbyt mocnym, lecz bardzo rzadko występowała ona przed AnOS. Od czasu do czasu otrzymywałem niewątpliwą AnZTe.

Przy bezpośrednim drażnieniu faradycznym skurcze również były powolne (faradyczny odczyn zwyrodnienia), niekiedy stwierdzić można było, oprócz powolnego wzrastania skurczu, i powolne jego znikanie (faradyczny odczyn zwyrodnienia z przetrwaniem skurczu).

Nerwy. Przy pośrednim drażnieniu galwanicznym skurcze okazują się toniczne, powolne, jakkolwiek zjawisko to występuje tu mniej wydatnie, niż przy bezpośrednim drażnieniu galwanicznym (częściowy odczyn zwyrodnienia z pośrednim powolnym skurczem Erb'a). Względnie wczesne występowanie KaZTe i KaOS, przy sile prądów, bliskiej tej, jaka wywoływała AnOS i AnSZ, było w nerwach jeszcze bardziej uderzające, niż w mięśniach. Można też było niekiedy, choć wcale nie stale, spostrzegać przetrwanie skurczu po KaZTe. Nie często udało się wszakże otrzymać i AnZTe.

Tonicznymi i długotrwałymi okazały się skurcze i przy pośrednim drażnieniu faradycznym.

Powyższe zboczenia odczynu elektrycznego dotyczyły nerwów i mięśni kończyn oraz tułowia i były w jednym obrębie mniej, w innym więcej wyrażone. Mocno dotknięte były: ruchowa gałąź *n. accessorii*, *n. musculo-cutanei*, *axillaris*, *tibialis post.*, *peronei*. Nie wszystkie rozgałęzienia tego samego nerwu zachowywały się jednostajnie co do odczynu elektrycznego: tak np. *n. triceps brachii* dawał typowo toniczne i leniwe skurcze przy faradycznym i galwanicznym drażnieniu, zaś mięśnie wyprostne przedramienia zarówno przy drażnieniu bezpośrednim, jak i pośrednim, w miejscu zagięcia się nerwu promieniowego oddziaływały dość żywo. To samo dotyczy nerwu pośrodkowego i łokciowego; gdy drobne mięśnie dłoni kurczyły się powolnie, to skurcze na przedramieniu, zarówno przy bezpośrednim, jak i pośrednim drażnieniu, były żywe.

Można też było stwierdzić, że w tych obrębach nerwowo-mięśniowych, w których ogólnie przeważały skurcze dość błyskawiczne, AnSZ zwykle bywała powolniejsza; niekiedy uderzało i to, że skurcz, przejawiający się przy słabych i średnich prądach jako powolny, stawał się dość błyskawicznym przy wzmocnieniu prądu.

Podczas napadu w jednakowym były stopniu porażone zarówno te obręby nerwowo-mięśniowe, które okazywały wydatny odczyn nieprawidłowy [który nazwałbym modyfikacją częściowego odczynu zwyrodnienia (OZ) z pośrednim powolnym skurczem], jak i te, które przedstawiały nieznaczne nieprawidłowości. Albowiem obniżenie pobudliwości elektrycznej istniało wszędzie, nawet w obrębie nerwu twarzowego, który stale pomijany był przez porażenie, a w którym nawet AnSZ występowała jako niebłyskawiczna, oraz łatwo wywoływać się dawały KaZTe i KaOS.

Zasadniczo różnie przedstawia się pobudliwość elektryczna podczas samego napadu. Gdy w przestankach na pierwszy plan występowały zmiany jakościowe, tutaj przeważają ilościowe. W napadzie mianowicie spada pobudliwość elektryczna nawet do poziomu zupełnego wygaśnięcia. Stopień tego obniżenia okazuje się proporcjonalnym do natężenia porażenia. Skoro napad jest niezupełnie rozwinięty i przeważa głównie tylko znaczny niedowład, wtedy mamy jedynie znaczne obniżenie pośredniej i bezpośredniej pobudliwości elektrycznej; gdy jednak napad jest w pełni swego natężenia i porażenie zupełne, wtedy najsilniejsze nawet prądy ( $OC = 0$ , przeszło 50 MA) nie są w stanie wywołać skurczu zarówno od mięśni, jak i od nerwów (*Cadaverreaction* — trupi odczyn).

Że jednak zazwyczaj w niezupełnym napadzie niektóre obszary nerwowe ulegają porażeniu zupełnemu, w rozwiniętym zaś napadzie pewne obręby nerwowo-mięśniowe bywają mniej dotknięte, więc też raz mamy przewagę znacznego obniżenia pobudliwości elektrycznej, innym zaś razem przewagę odczynu trupiego.

Obniżenie *resp.* wygaśnięcie pobudliwości elektrycznej dotyczy naturalnie zarówno tych nerwowo-mięśniowych obrębów, które wykazują podczas przestanków wyraźny częściowy OZ z pośrednim powolnym skurczem, jak i tych, w których występują nieznaczne tylko zmiany oddziaływania elektrycznego. Charakter skurczu w napadzie przy obniżeniu pobudliwości pozostaje tonicznym w tych obszarach, gdzie i podczas przestanków panuje taki powolny odczyn; być może nawet, iż powolność skurczu podczas napadu staje się jeszcze bardziej wydatna. Prócz tego, skurcze stają się słabymi, tonicznymi i w tych nerwowo-mięśniowych obrębach, w których podczas przestanków wywoływać się dawały dość błyskawiczne skurcze.

Podczas jednego i tego samego napadu niekoniecznie wszystkie mięśnie, zaopatrywane przez jeden i ten sam pień nerwowy, bywają w jednakowym stopniu porażone; względnie do tego przedstawia się różnie i pobudliwość elektryczna, a więc może być ona w pewnych mięśniach wygasła, w innych jedynie bardzo obniżona. Podczas napadu, przeciągającego się dni kilka, mogą jednego dnia te, drugiego owe mięśnie tego samego obszaru nerwowego zatracić całkowicie swoją pobudliwość elektryczną. Wreszcie, zdarza się dość często, że stopień pobudliwości elektrycznej w rozmaitych mięśniach tego samego obrębu nerwowego bywa jednocześnie różnym, i trzeba do wywołania skurczu zarówno pośredniego, jak i bezpośredniego użyć prądów niejednako-  
wego natężenia.

Jakkolwiek badanie pobudliwości elektrycznej w początkowych godzinach napadu jest przez to utrudnione, że porażenie rozwija się szybko, zwłaszcza w nocy, to zdaje się jednak, że przypuszczalna szkodliwość, wywołująca napad, wpływ swój wywiera przedewszystkiem na mięsień, albowiem obniżenie pobudliwości elektrycznej było znaczniejsze w mięśniach, niż w nerwach. Bezpośrednia pobudliwość faradyczna gasła szybciej, niż bezpośrednia galwaniczna. W obrębach, silnie porażeniem dotkniętych, udawało się wywoływać jeszcze słaby skurcz od nerwu, gdy tymczasem odpowiednie mięśnie pozostawały nieczułe na najsilniejsze prądy.

W razie znacznego obniżenia pobudliwości elektrycznej stwierdzono, że skurcze nie wzmagały się z wzmocnieniem prądów, albo nie w prostym stosunku. To zjawisko wyczerpywania się było podczas napadów jeszcze wydatniejsze, niż w przestankach, to jest: dopiero co użyta siła bodźca wkrótce okazywała się niedostateczną do wywołania skurczu; dotyczyło to nie tylko słabych, lecz i umiarkowanych prądów; zarówno, jak podczas przestanków, chwilowe podrażnienie i stałe przepuszczenie prądu galwanicznego obniżały pobudliwość elektryczną.

Skreślone powyżej nieprawidłowości dotyczyły naturalnie zarówno bezpośredniej, jak i pośredniej pobudliwości faradycznej i galwanicznej podczas napadu. Obejmowały one, równie jak porażenie, kończyny i tułów; jedynie mięśnie twarzy, języka i gardzieli pozostawały wolne zarówno od porażenia, jak i od znacznego obniżenia pobudliwości elektrycznej.

Powyższe dane są wynikiem licznych, wielokrotnie stwierdzonych badań, których w całości przytoczyć nie mogę; dają z nich niektóre tylko wyciągi.

## Oddziaływanie elektryczne w przerwach między napadami.

## Sz. R.

## M. R.

Wielka obojętna elektroda 66 kw. c., mniejsza, czynna 10 kw. c.

R. frontalis n. facialis sin OC<sup>1)</sup> = 11,5; 2 MA KaSZ; 4 MA AnSZ; 10 MA KaZTe > AnSZ > AnOS > KaOS.

N. accessorius sin. OC = 12; 1 MA KaSZ; 2 MA AnSZ; 5 MA AnOS; 20 MA KaZTe > AnSZ > AnOS > KaOS (wszystkie skurcze leniwe).

N. ulnaris sin. OC = 12; 1 MA KaSZ; 2 MA AnSZ; 5 MA KaZTe > AnSZ > AnOS > KaOS (skurcze niezupełnie błyskawiczne).

N. radialis sin. OC = 12; 3 MA KaSZ; 5 MA AnOS; 15 MA KaZTe > AnOT > AnSZ (skurcze toniczne).

N. cruralis sin. 6 MA KaSZ; 10 MA AnSZ (nie typowo leniwe).

M. orbicularis oris sin. OC = 13; 1 MA KaSZ; 4,5 MA AnSZ; 10 MA KaZTe > AnSZ > AnOS.

M. tibialis ant. sin. 5 MA KaSZ; 15 MA AnSZ (leniwe).

Mm. peronei sin. OC = 8,5; 3 MA KaSZ; 6 MA AnSZ (leniwe).

<sup>1)</sup> OC = odległość cewek.

M. Biceps sin. OC = 12 (skurcz powolnie się wzmacnia, przekrwienie jego): 3 MA KaSZ; 4 MA AnSZ; 6 MA KaTe; 10 MA KaTe > AnSZ > AnOS > KaOS (typowo leniwe).

N. facialis sin. OC = 11,5; 3 MA KaSZ. Dolna gałąź nerwu twarzowego pr. OC = 11; 3 MA KaSZ; 4 MA AnSZ (nie tak typowo błyskawiczny jak KaSZ); 7 MA AnOS; 15 MA KaZTe > AnST > AnOS > KaOS.

N. ulnaris dex. OC = 12,5; 1,5 MA KaSZ; 4 MA AnOZ > AnSZ; 8 MA KaZTe.

N. accessorius sin. OC = 11,5; 1 MA KaSZ; 2,5 MA AnOZ; 5 MA KaZTe > AnOS > AnSZ > KaOS (toniczne).

N. radialis dex. OC = 11,5; 2 MA KaSZ; 3 MA AnOS; 7 MA AnSZ, KaZTe.

N. ulnaris sin. 1,5 MA KaSZ; 3 MA AnSZ; 5 MA KaSZ > AnSZ > AnOS (dość błyskawiczne).

N. peroneus dex. OC = 11 (farad. odczyn zwyrodnienia przy słabych strumieniach); 4 MA KaSZ; 8 MA AnOS; 10 MA AnSZ, KaZTe z przetrwaniem skurczu.

N. radialis sin. OC = 11,5; 3 MA KaSZ; 5 MA AnOS; 10 MA KaZTe > AnOS > AnSZ.

M. flexor carpi uln. sin. OC = 11,5; 3,5 MA KaSZ; 5 MA AnSZ (leniwe).

M. ext. dig. com. dex. antibr. OC = 11,5; 4 MA KaSZ; 6 MA AnSZ; 10 MA AnOS; 17 MA KaST, KaOS; 20 MA KaZTe.

M. abductor poll. br. dex. OC = 10,5; 1,5 MA AnSZ = KaSZ (leniwe).

M. abductor dig. min. dex. OC = 11; 3 MA KaSZ; 4 MA AnSZ (leniwe).

M. tibialis ant. dex. OC = 10; 7 MA KaSZ; 10 MA AnSZ (leniwe).

M. extensor cruris sin. OC = 10; 6 MA AnSZ > KaSZ; 15 MA KaST > AnST (leniwe).

Mm. peronei sin. OC = 9,5; 6 MA KaSZ; 10 MA AnSZ (leniwe).

M. peroneus l. dex. OC = 11,5; 4,5 MA KaSZ; 8 MA KaSZ; 30 MA AnZTe > KaZTe, AnOS (leniwe).

M. extensor dig. com. pedis sin. 8 MA KaSZ; 10 MA AnSZ (leniwe).

M. cucullaris dex. OC = 10; 1,5 MA KaSZ; 3 MA AnOS; 5 MA AnSZ, KaZT; 6 MA KaOS; 10 MA KaZTe.

M. st. cl. mast. dex. OC = 12,5; 3 MA KaSZ; 5 MA AnSZ; 10 MA KaZTe, AnOS (niezupełnie błyskawiczne).

M. pectoralis major dex. OC = 12; 3 MA KaSZ; 10 MA AnSZ (leniwe).

N. cruralis dex. OC = 10,5; 3 MA KaSZ niezupełnie błyskawiczna; 7 MA AnSZ słaba i toniczna. Przy silniejszych strumieniach skurcze stają się błyskawicznymi i otrzymuje się KaOS.

- M. cucullaris sin. OC = 12; 3,5 MA KaSZ; 5 MA AnOS; 7 MA KaST > AnOS > AnSZ; (powolne).
- M. deltoideus sin. OC = 14; 3 MA KaSZ; 3,5 MA AnSZ; 15 MA KaSTe > AnSTe > KaOS > AnOS (leniwe).
- M. triceps sin. 2 MA KaSZ; 3,5 MA AnSZ; 10 MA KaSZ > AnSZ > KaOS (leniwe).
- M. extensor dig. com. sin. antibr. OC = 10,5; 4 MA AnSZ; 5 MA AnSZ = > KaSZ; 16 MA AnSZ = KaSZ > KaOS = AnOS (toniczne).
- Mm. thenaris sin. OC = 10; 3 MA AnSZ; 7 MA AnSZ > KaSZ (leniwe).
- Mm. hypotenar sin. 3 MA KaSZ; 3,5 MA AnSZ (leniwe).
- M. extensor cruris sin. 8 MA KaSZ. 15 MA AnSZ (leniwe).
- N. peroneus sin. OC = 11,5; 3 MA KaSZ; 7 MA AnOS > AnSZ (toniczne).
- N. medianus dex. OC = 11,5; 2 MA KaSZ; 4 MA AnOS; 8 MA KaSZ > AnOS > AnSZ.
- N. musculocutaneus dex. OC = 10; 4 MA KaSZ; 10 MA AnOS; 17 MA KaZTe, AnSZ (leniwe).
- M. biceps sin. OC = 11,5 (powolne wzmaganie się i opadanie skurczu wraz z jego przetrwaniem); 4 MA KaSZ; 6 MA AnSZ; 10 MA KaSZ > AnSZ > AnOS (leniwy skurcz przy słabych strumieniach, błyskawiczny przy mocniejszych).
- M. biceps dex. OC = 10,5; 3 MA KaSZ; 10 MA KaZD > AnSZ > AnOS = KaOS (leniwe);
- lub też OC = 11; 2 MA KaSZ; 6 MA AnSZ; 15 MA AnOS, KaZTe (leniwe).
- M. deltoideus sin. OC = 11,5; 4 MA AnSZ > KaSZ (występują jednocześnie); 15 MA KaZTe = AnZT > AnOS. Skurcze powolne przy słabych strumieniach.
- M. triceps sin. OC = 11,5; 4 MA AnSZ; 5 MA AnSZ > KaSZ (leniwe).
- M. triceps dex. OC = 13; 3 MA KaSZ > AnSZ; 6 MA KaOS; 15 MA AnOS, KaZT (toniczne).

### Oddziaływanie elektryczne w napadach (M. R.).

- N. peroneus dex. OC = 6; 4 MA KaSZ słaba i tylko w mm. strzałkowych i łatwo wyczerpująca się; 8 MA w strzałkowych i piszczelowym przed.; 10 MA także w wyprostnym palców wspólnym; 25 MA AnSZ, KaZTe.
- N. tibialis post. dex. OC = 3; 15 MA KaSZ; 40 MA AnSZ, KaZTe (słabe, toniczne).
- N. cruralis dex. OC = 3,5; 20 MA KaSZ; 50 MA AnSZ, KaZTe (bardzo słabe i leniwe).
- M. soleus dex. OC = 0 nie ma skurczu; 18 MA KaSZ; 36 MA AnSZ (leniwe).
- N. ulnaris dex. OC = 9; 5 MA KaSZ; 10 MA AnSZ; 20 MA AnOS, KaZTe (skurcz tylko w kśobnym palucha i międzykostnych).
- N. musculo-cutaneus dex nie oddziaływa na najsilniejsze strumienie faradyczne i galvaniczne, zarówno jak i dwugłowy ramienia.
- N. radialis dex. nie oddziaływa przy najsilniejszych strumieniach (OC = 0, więcej niż 50 MA). Przy tych silnych strumieniach oddziałują przy bezpośrednim drażnieniu z mięśni zew. pow. przedramienia tylko M. abductor poll. l. i Ext. poll. l.
- N. medianus dex. OC = 9; 15 MA KaSZ; 40 MA AnSZ, KaZTe (słabe i tylko w przeciwstawnym palucha).
- M. peroneus l. dex OC = 0 bez odczynu; 30 MA KaSZ ledwie dostrzegalne.
- M. peroneus br. dex. nie oddziaływa na najsilniejsze strumienie.
- M. peroneus l. dex. (niezupełny napad) OC = 7,5; 12 MA KaSZ; 45 MA AnSZ, KaZTe (słabe leniwe).
- M. ext. dig. com. ped. dex. OC = 5,5 ledwie dostrzegalny ruch 3 palca, nie zwiększający się przy OC = 0; 30 MA KaSZ = AnSZ efekt fizjol. takż sam.
- M. tibialis ant. dex. OC = 7 słaby, leniwy skurcz, nie zwiększający się przy OC = 0; 15 MA KaSZ; 20 MA AnSZ (leniwe).
- M. ext. cruris dex. OC = 0 brak skurczu; 50 MA słaby włókienny skurcz pod elektrodą.
- Mm. recti abdominis OC = 0 brak skurczu, który jest wątpliwy i przy bardzo silnych strum. galw.
- M. ext. dig. com. antibr. dex. OC = 0 i 40 MA brak skurczu.
- M. biceps brachii dex. OC = 0 brak skurczu; 25 MA AnSZ; 40 MA KaSZ (słabe i leniwe).
- M. abductor poll. l. dex. OC = 0 skurcz słaby i leniwy. 25 MA KaSZ bardzo słaby i leniwy.
- M. triceps brachii dex. OC = 0 brak skurczu. 25 MA KaSZ; 50 MA AnSZ (słabe i leniwe).
- Mm. hypoth. dex. OC = 0 brak skurczu, przy 10 MA jeszcze skurczu niema.
- Mm. thenaris dex. OC = 8 skurcz słaby, leniwy; 7 MA jeszcze skurczu niema.

Obok tych znacznych zboczeń w pobudliwości elektrycznej, istniały stale podczas napadu zmiany pobudliwości mechanicznej nerwów i mięśni, jakkolwiek nie tej samej wagi, niemniej jednak godne uwzględnienia. Podczas przestanków udawało się bez szczególnej trudności otrzymywać dość żywy skurcz w odpowiednich mięśniach zapomocą mechanicznego drażnienia dostępnych nerwów, mianowicie: *n. radialis, medianus, ulnaris, peroneus*. Używałem w tym celu sposobu, który polegał na tem, żem wielki palec, który nerw mocno do kości przyciskał, nagle z niego zesuwał; tym sposobem otrzymywałem wyniki lepsze, niż przy opukiwaniu młotkiem perkusyjnym. Otóż, rękoczyn powyższy nie zdołał wywołać skurczu podczas napadu; można było z całej siły nerw uciskać, opukiwać — mięśnie nie kurczyły się. Pozostawały one również nieczule na to podrażnienie podczas napadów niepełnych, nawet wtedy, gdy pobudliwość elektryczna w odpowiednich obrębach jedynie była znacznie obniżona. Zdawało się nawet, że mechaniczna pobudliwość nerwów wcześniej wygasa oraz później powraca, niż elektryczna; przyjąć wszakże pod uwagę należy niedoskonałość samej metody. Podczas niektórych napadów można było stwierdzić, że nie cały obręb danego nerwu tracił pobudliwość względem podrażnienia mechanicznego: gdy większość mięśni pozostawała nieruchoma, niektóre z nich kurczyły się, mianowicie te, które i przez porażenie pominięte zostały, oraz oddziaływały na prądy elektryczne.

Ciekawszych wyników dostarczyło badanie pobudliwości mechanicznej samych mięśni, czyli tak zwanej pobudliwości idiomuskularnej. Ostatnia badana była przez opukiwanie młotkiem perkusyjnym i wykazała podczas przestanków, tak, jak u zdrowych, skurcz pęczkowy względnie całego mięśnia i prócz tego na miejscu uderzania tworzenie się wyniosłości w kierunku poprzecznym do przebiegu włókien. Zjawisko to tem jednak różniło się od spostrzeganego u osobników zdrowych, że skurcz pęczkowy, *resp.* całego mięśnia był toniczny, typowo powolny, zwłaszcza w mięśniach, które okazywały odmianę częściowego OZ z pośrednim skurczem powolnym, a więc głównie w *biceps, triceps brachii, deltoideus, cucullaris, pectoralis*, w drobnych mięśniach dłoni, *gastrocnemius* etc.; w innych mięśniach, np. przedramienia, były skurcze dość szybkie.

Inaczej rzecz się ma w napadzie. W porażonych mięśniach przede wszystkim giną całkowicie skurcze pęczkowe, przy opukiwaniu występują jedynie wzniesienia poprzeczne, które powstają i opadają stopniowo; wreszcie giną i one w mięśniach, uległych zupełnemu porażeniu; wtedy już te ostatnie wcale nie oddziałują na bodźce mechaniczne, bez względu na siłę opukiwania. Dopiero z powrotem czynności, pobudliwości elektrycznej, wraca i pobudliwość mechaniczna mięśni, przejawiająca się początkowo tworzeniem się wyniosłości poprzecznych, a następnie i skurczem pęczkowym. Wydaje się nawet, jakoby ona wcześniej wracała, niż mechaniczna pobudliwość nerwów i odczyn na bodźce elektryczne.

Niejednoczesne znikanie i powrót wzniesień poprzecznych oraz skurczu pęczkowego przemawia za tem, że są to dwa różne objawy mechanicznej pobudliwości mięśni. Być może, iż skurcze pęczkowe oraz kurczenie się całego mięśnia zależą od podrażnienia albo wstrząśnienia odpowiedniej mięśniowej gałązki nerwowej, wzniesienie poprzeczne zaś jest wynikiem bezpośredniego podrażnienia substancji mięśniowej.

O zachowywaniu się odruchów ścięgniętych pisałem powyżej, a szczegółowiej w pierwszej mojej pracy. Dodam jeszcze, że już podczas przestanków charakter skurczu mięśnia przy opukiwaniu jego ścięgna jest wybitnie po-

wolny, leniwy, mianowicie w mięśniach, wykazujących odmianę częściowego OZ i toniczny skurcz przy drażnieniu mechanicznem, w *mm. gastrocnemii* przy badaniu odruchu ścięgna ACHILLES'a i w *triceps brachii* przy opukiwaniu ścięgna tego mięśnia. W niezupełnym napadzie, gdy odruchy ścięgniste są jedynie znacznie zmniejszone, ten charakter toniczny skurczu występuje jeszcze wyraźniej i daje się spostrzegać przy badaniu odruchu kolanowego.

(D. c. n.).

## PRZYZYNEK DO KAZUISTYKI UCHYLKÓW PRZĘŁYKU

(*diverticulum oesophagi*)

napisał Z. Bychowski.

(Dokończenie.—Zob. Nr. 12).

Przeglądając dostępną mi literaturę odpowiednią, znalazłem kilka przypadków uchyłka przełyku, które tak samo nie odpowiadają categoryom ZENKER'a i ZIEMSEN'a. Pierwszy REJCHMAN<sup>11)</sup>, powołując się na 3 przypadki<sup>12)</sup>, wypowiedział przypuszczenie, że, pomimo „klasycznych“ uchyłków ZENKER'a i ZIEMSEN'a, „istnieją inne, dotąd jeszcze nie opisane uchyłki dolnej części przełyku.“ W tej pracy REJCHMANA znajdujemy także następujący ciekawy ustęp: „W tutejszej uniwersyteckiej pracowni anatomo-patologicznej kol PRZEWOSKI, badając już od lat 5-u przełyk u każdego sekowanego trupa, znalazł w 6-u przypadkach małe uchyłki w środkowej i dolnej części przełyku, wielkości orzecha laskowego, z dnem wypukłym, nie lejkowatym, z otworem szerokim, na zewnętrznej powierzchni których nie dawały się zauważyć najmniejsze ślady zrostów.... Nie są to więc przytrafiające się w tych okolicach przełyku uchyłki pociągowe (*div. e tractione*). Rzeczą jest prawdopodobną, że opisane powyżej, duże, samoistne uchyłki dolnej części przełyku powstają z takich wrodzonych lub nabytych małych uchyłków“. Sądząc z opisu klinicznego, przypadki REJCHMANA zupełnie podobne są do mego. Nie rozumiem tylko, na jakiej zasadzie REJCHMAN umiejscawia początek swych uchyłków w dolnej części przełyku. Jest to, zdaje się, nieprawdopodobne. Gdyby bowiem uchyłek, mogący „z łatwością pomieścić w sobie 500 ctm. szśc. płynu“, zaczynał się w dolnej części przełyku, musiałby całym swoim ciężarem leżeć na przeponie i nawet uciskać ją, co musiałoby spowodować cały szereg objawów podmiotowych i przedmiotowych ze strony oddechania i krążenia. W opisach chorób jednakże zaburzenia takie nie są wzmiankowane. Trzeba więc przypuścić, że uchyłki, o których mowa, zaczynają się nie w dolnej, lecz w środkowej części przełyku, w okolicy *aperturæ thoracis superioris*.

Zapomocą wyżej przezemnie podanego prostego sposobu można z pewną dokładnością określić początek uchyłka, trzeba tylko zwrócić uwagę, jak głęboko zgłębnik powinien być oddalony od zębów siecznych, ażeby, przy moż-

<sup>11)</sup> O dużych samoistnych uchyłkach dolnej części przełyku. *Gazeta Lekarska*. 1893. № 5.

<sup>12)</sup> Jeden z tych przypadków obszernie został opisany przez MINTZA w „*Medycynie*“ już w 1892 r.

bnie pełnym uchyłku, płyn sam zaczął się już z niego wylewać <sup>13)</sup>. (Patrz wyżej). Szczegół ten ma nie tylko znaczenie teoretyczne — anatomiczne, lecz także i praktyczne. Daleko więcej bowiem możemy myśleć o usunięciu uchyłka, znajdującego się w środkowej części przełyku, t. j. w dolnej części szyi, aniżeli uchyłka dolnej części przełyku, na co chyba najśmielszy chirurg przy obecnym stanie nauki się nie odważy.

Do tej samej kategorii przypadków zaliczam także przypadek NEUKIRCH'a <sup>14)</sup>, ciekawy także z powodu doskonałego skutku leczniczego, jaki udało się autorowi osiągnąć. Pomimo tego, że autor, krępowany widać nauką ZENKER'a i ZIEMSEN'a, nazywa uchyłek swój wypuklinowym uchyłkiem gardzieli, nie miał on do czynienia z typowym uchyłkiem wypuklinowym, bo nawet przy znacznym napełnieniu uchyłka figura szyi nie zmieniała się, lecz zamiast tego, występowała tępość z prawej strony kręgosłupa w okolicy 3 — 5 kręgu piersiowego <sup>15)</sup>.

Oprócz wyżej opisanych postaci uchyłków, istnieje jeszcze rodzaj worków, tak samo łączących się z gardzielą albo przełykiem i robiących wrażenie uchyłków, chociaż są zupełnie innego pochodzenia i charakteru.

W 1889 r. HOFFMAN <sup>16)</sup> opisał i przedstawił w towarzystwie lekarskiem greifswaldskim bardzo ciekawy, zamało niestety przez autorów uwzględniany, „przypadek ciała obcego w przełyku z wytworzeniem się w nim uchyłka“. Preparat pochodził od umysłowo chorego, który, w celu pozbawienia się życia, połknął odłamek talerza. Zapomocą tracheo- i faryngotomii ciało obce zostało usunięte, ale chory nazajutrz zmarł. Przy sekcji, między innymi, znaleziono w gardzieli, na wysokości *plicae aryepiglotticae*, otwór, prowadzący do 14 ctm. długiego worka, który leżał z tyłu i na lewo od przełyku. W worku znajdowało się nieco ropy i resztki pokarmów. Ściany jego były wewnątrz nierówne, jak to bywa w jamach po ropniach. Ponieważ dokładne badanie nie wykazało w worku obecności błony śluzowej, autor słusznie nie uważa go za uchyłek ZENKER'a i ZIEMSEN'a. Dowcipne, a prawdopodobne objaśnienie autora przytaczam *in extenso*: „Przypuszczam, że jama ta powstała skutkiem opróżnienia się ropnia do przełyku. Ponieważ ropa wydostawała się na zewnątrz, nie przyszło do ostrej *mediastinitis*, ale z powodu niepełnego wydalenia ropy, ropień się nie zagoił i przyjął charakter przewlekły. Naturalnie,

<sup>13)</sup> Wogóle pierwszy przypadek REJCHMANA jest bardzo zagadkowy. Sądząc z opisu, wejście do uchyłka było oddalone od dna tylko na 4—5 ctm. Ponieważ uchyłek ten zawierał więcej, niż 2 szklanki płynu, więc powinien byłby zajmować prawie całą górną powierzchnię przepony (2 szklanki zawierają około 500 c. sz. Dzieląc zawartość 500 przez 5 (długość uchyłka), otrzymujemy, wyobrażając sobie uchyłek jako prawidłowy cylinder, 100-kwadr. ctm. dla dna uchyłka, t. j. uchyłek pokrywał 100 kwadr. ctm. przepony. W rzeczywistości jednakże powinien byłby zająć całą przeponę, ponieważ uchyłek nie był cylindrem, lecz raczej obciętym stożkiem, i uciskać kilka narządów sąsiednich pierwszorzędnej wagi, jak aorta, nerwy błędne i t. d.

<sup>14)</sup> Ein Pulsionsdivertikel des Schlundes. Deutsches Archiv für klinische Medicin. 36. Bd.

<sup>15)</sup> Autor kazał choremu przyjmować pokarmy w położeniu na prawym boku i spodziewał się wywołać w taki sposób opadnięcie ścian uchyłka, który, jak świadczyła tępość, tak samo był z prawej strony, — oraz rozszerzenie wskutek tego światła przełyku. Nadzieje autora uwieńczone zostały doskonałym wynikiem. Wymioty zupełnie znikły i chory, który przedtem miał wygląd kachektyczny, wybornie się poprawił.

<sup>16)</sup> Deut. med. Wochenschr. 1889. Ein Fall von Fremdkörper im Oesophagus mit Divertikelbildung dieses Organs.

mogły dostawać się także pokarmy do jamy ropy i dawać za życia niektóre objawy, jakie się spotyka przy uchyłkach prawdziwych. Niestety, nie mogłem się o tem dowiedzieć od krewnych. Być może, iż podczas jakiegoś poprzedniego, udaremnionego zamachu samobójczego, chory zranił sobie gardziel, dzięki czemu przyszło do ropnia“.

Należy żałować, że chory za życia jeszcze nie był w odpowiednim kierunku badany. Może być, że istniały wymioty, lecz przypisywano je stanowi psychicznemu chorego. W każdym razie przypuszczenie HOFFMANN'a jest bardzo prawdopodobne; wskazuje ono nowy sposób powstawania łączących się z przełykiem worków, które możnaby nazwać *diverticulum oesophagi spurium*, analogicznie do *aneurysma spurium*. Pomimo tego, że taki wrzeczomy uchyłek może dać te same, co prawdziwy, objawy kliniczne, można go będzie jednakże odróżnić już za życia, na zasadzie badania drobnowidzowego jego zawartości: nie będzie tam tych płatów nabłonkowych, któreśmy wyżej opisali i które prawdopodobnie, wskutek stałego drażnienia błony śluzowej worka pokarmami, w każdym prawdziwym uchyłku zawsze się znajdują.

Przypadek HOFFMANN'a jest, sądząc z dostępnej mi literatury, jedyny w swoim rodzaju. Ale już czysto teoretyczne rozumowanie pozwala przypuścić, że wszelka sprawa, wywołująca mniejszy lub większy ropień w przełyku, spowodować może taki uchyłek rzeczomy (*diverticulum spurium*). Ma się rozumieć, że wobec tak rzadko zdarzających się *oesophagitis phlegmonosa* i *purulenta*, uchyłki takie jeszcze rzadziej przytrafiać się mogą, przyczem trzeba dodać jeszcze i to, że dopiero stosunkowo niedawno przełyk zaczęto przy sekcjach dokładnie oglądać. I rzeczywiście, w rozdziale o *oesophagitis phlegmonosa* znajdujemy u ZENKER'a i ZIEMSEN'a<sup>17)</sup> kilka uwag, które dowodzą, że i ci najlepsi znawcy cierpień przełyku, możliwość takiego następstwa po zapaleniu ścian przełyku przypuszczali. „Długo (*dauernd*) zostaje jama (po ropniu) ze swą, zupełnie organizowaną ścianą (*vollständig organisirte Wand*), łącząc się ze światłem przełyku zapomocą okrągłych, wielkości łepka od szpilki albo wiśni, otworów, o brzegach ostrych. Jest to coś w rodzaju *interparietales polystomes Divertikel*. Wtórne rozszerzenie tych jam (jak to bywa przy uchyłkach *e pulsione*) nie zdarza się. Wogóle złe następstwa wskutek wpadających do worka ciał obcych i rozkładu pokarmów, nie są częste. W żadnym z czterech naszych przypadków nic podobnego nie było“. Przypadek HOFFMANN'a dowodzi, że optymistyczne zapatrywania ZENKER'a i ZIEMSEN'a nie były zupełnie uzasadnione.

Wracając do naszego przypadku, muszę zaznaczyć, że sposób powstawania uchyłka tego jest zupełnie ciemny. Może być, że zepsute od dzieciństwa zęby chorego przyczyniły się nieco do jego cierpienia obecnego. Nie mógł bowiem nigdy chory zupełnie rozdrabniać przyjmowanych pokarmów, które wskutek tego wywierały ucisk na jakiś *locus minoris resistentiae* w przełyku i stopniowo wypuklały go. O pochodzeniu zaś tego *locus minoris resistentiae* nie określonego niestety powiedzieć nie można.

Z powodu mego przypadku chciałbym zrobić jeszcze kilka uwag. Przy badaniu chorego często nasuwało mi się pytanie, w jaki sposób chory się odżywia, skąd czerpie siły do pracy fizycznej i umysłowej. Niejednokrotnie przekonałem się, że chory wymiotuje dosyć dużo podczas każdego przyjmowania pokarmów. W worku nawet po 12—14 godzinach zawsze znajdowa-

<sup>17)</sup> l. c. p.p. 144—145.

łem pokarmy. Więc do właściwego narządu trawienia, do żołądka, mało pokarmów się dostawało. Skądże ustrój (przytem jeszcze ustrój rosnący, choroba bowiem trwa od 12-go roku) brał potrzebne mu środki odżywcze? Nasz chory, co prawda, nie ma kwitnącego wyglądu, ale kwitnący wygląd jest wogóle rzadki u ludzi jego stanu i zajęcia. Nie zapominajmy jednakże, że waży on 130 funtów czyli około 55 klgr. t. j. o 6 — 6,5 klgr. tylko mniej, niż VIERORDT<sup>18)</sup> za normę dla tego wieku oznacza, przyczem zupełny prawie brak zębów u chorego taksamo nie mógł pozostać bez wpływu na wagę jego ciała. Odpowiedzieć na powyższe pytania możnaby przypuszczeniem, że chory przyjmuje taką ilość pokarmów, że ta ich część, która dostaje się do żołądka, odpowiada ilości pokarmu, potrzebnego ustrojowi prawidłowemu. Wypytywanie chorego w danym kierunku nie potwierdziło jednakże tego przypuszczenia. Ponieważ chorego obserwowałem ambulatoryjnie, nie mogłem niestety przeprowadzić dokładnego badania nad przemianą materii u niego. Takie badanie mogłoby dać bardzo ciekawe wyniki ogólnie - patologiczne. Okazałoby się prawdopodobnie, że przemiana materii, lubo nie jest zmieniona jakościowo (przypominam zupełny prawie brak indykanu w moczu), jest bardzo obniżona pod względem ilościowym. Należałoby przypuścić, że ogólne potrzeby odżywcze naszego chorego, czyli, jakby powiedział BOUCHARD, jego skala odżywiania (*taux nutritif*) jest znacznie zmniejszona. Nastąpiło więc przystosowanie się ustroju do jego stanu patologicznego. Są przecież niezaprzeczone fakty, że zwykle przyjmowana, „szkolna“, że tak powiem, skala odżywiania podlegać może ogromnym wahaniom. Dowodzą tego, między innemi, wiarogodne opowiadania o fakirach i „przedstawienia“ fachowych głodomorów (TANNER, SUCCI, STRATTON, CETTI). Wiemy także, jak skala ta może się zmienić w niektórych cierpieniach nerwowych, np. w histeryi, gdzie chore, pomimo długotrwałych wymiotów, mają wygląd kwitnący. Stosując fakty te do naszego przypuszczenia, możnaby powiedzieć, że to obniżenie skali odżywiania, które u fakira lub głodomora jest skutkiem długiego ćwiczenia, a u histeryczki — skutkiem osłabienia lub podrażnienia pewnych ośrodków nerwowych, jest u naszego chorego wynikiem instynktu samozachowawczego.

Jest wreszcie w kwestyi tej jeszcze jeden moment ciemny. Co staje się z pokarmami, znajdującymi się w worku? Sądząc z moich spostrzeżeń i spostrzeżeń innych autorów, nie ulegają one tam takiemu rozkładowi, jakiegoby się można było spodziewać i jaki naprzykład widzimy przy rozszerzeniu żołądka wskutek zwężenia odźwiernika. U mego chorego zauważyłem także, że im dłużej pokarmy znajdują się w worku, tem są gęstsze (chory, przypominam, wymiotuje prawie zawsze tylko podczas jedzenia, albo natychmiast po jedzeniu). Można więc przypuszczać, że ściany uchyłka nie zachowują się zupełnie obojętnie wobec znajdujących się w nim płynów, że zachodzą sprawy wchłaniania. Wiemy bowiem, że już w jamie ustnej zaczyna się wchłanianie pewnych części pokarmowych. Są to wszystko tylko przypuszczenia, które, być może, na pewne uwzględnienie zasługują.

W końcu słów kilka o leczeniu. Wypowiedziane przez KÖNIG'a w roku 1880 *pium desiderium* o chirurgicznym leczeniu uchyłków, w ostatnich latach zostało urzeczywistnione. BERGMANN<sup>19)</sup>, KOCHER i sam KÖNIG<sup>20)</sup> szczęśliwie

<sup>18)</sup> l. c. p. 13.

<sup>19)</sup> l. c.

<sup>20)</sup> Die Exstirpation der Oesophagusdivertikel. Berliner klinische Wochenschrift. 1894 r. № 42.

dokonali wycięcia uchylka. Wobec tego, że sama operacja (szczegółowo opisana u BERGMANN'a) i następny przebieg są bardzo poważne<sup>21)</sup> i że do tknięci uchylkiem, wskutek przystosowania się ustroju, stosunkowo nieźle się mają, operacja wskazana jest tam tylko, gdzie następuje groźne wycięczenie. Stosuje się to, ma się rozumieć, tylko do typowych uchylków wypuklinowych ZENKER'a i ZIEMSEN'a. W przypadkach zaś uchylków środkowej części przełyku, przemywanie słabymi płynami przeciwgnilnymi jest tymczasem jedynym niestety zabiegiem leczniczym. Chorzy dobrze je znoszą i doznają po nim ulgi.

## STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

34. Prof. N. CYBULSKI. **O funkcji nadnercza.** W dniu 6 b. m. i r. w Towarzystwie Lekarskiem Krakowskim prof. CYBULSKI miał wykład o czynności i znaczeniu gruczołów nadnerkowych, który, z powodu niezmierniej jego doniosłości, uważamy za konieczne streścić w tem miejscu. Jak wiadomo, rola tego gruczołu w gospodarstwie ustroju dotychczas była zupełnie inna i w podręcznikach fizjologii najczęściej pomijana była milczeniem. Prof. C. przed kilku jeszcze laty na podstawie dotychczasowych badań przypuszczał, że gruczoły te bardzo wybitne muszą mieć przeznaczenie i zdanie to w fizjologii swojej wówczas zaznaczył. Dla różnych jednak przyczyn badania nad tą sprawą nie mogły dojść do skutku i dopiero pod koniec 1893 r. prof. D-r SZYMONOWICZ do systematycznej pracy nad wyjaśnieniem funkcji nadnerczy przystąpił. Pomijając przytoczone przez mówcę wyniki dawniejszych spostrzeżeń i badań nad tym przedmiotem, od powtórzenia których SZYMONOWICZ pracę swoją rozpoczął, musimy nadmienić, iż ten ostatni przedewszystkiem stwierdził, że wycięcie nadnercza jednostronne nie powoduje znaczniejszych zaburzeń u zwierzęcia, które już na drugi dzień zaczyna powracać do zdrowia. Natomiast wycięcie obu nadnerczy już po kilku lub kilkunastu godzinach sprowadza śmierć przy apatii, sztywności mięśni, ciężkiem i głębokiem oddychaniu, znacznem powiększeniu ilości czerwonych ciałek krwi i hemoglobiny. Jednocześnie przekonano się, że przed śmiercią ciśnienie krwi opadało prawie do 0, przyczem tętno było bardzo zwolnione. Jeśli teraz zwierzęciu z tak wybitnymi objawami wstrzyknąć do żyły 1 ctm. szśc. wodnego 10% wyciągu z nadnercza, to prawie bezpośrednio potem wszystkie te objawy odrazu znikają. Poprawa taka trwa od kilkunastu minut do pół godziny, poczem objawy poprzednie wracają, a po powtórnem zastrzyknięciu ponownie ustępują. Inaczej rzecz się przedstawia, jeśli takiż wyciąg wstrzykniemy zwierzęciu zdrowemu. Ciśnienie krwi wtedy niezmiernie wzrasta po za *maximum* fizjologiczne, tętno jednocześnie ulega zwolnieniu, a oddech staje się powierzchownym i przyspieszonym.

Że zmiany w tętnie, ciśnieniu krwi i oddychaniu zależne są od działania wyciągu na odpowiednie ośrodki w rdzeniu, a nie od zwiężenia naczyń obwodowych wskutek bezpośredniego wpływu substancji wyciągowej na ich ściany, przekonano się dowodnie przez przecięcie rdzenia kręgowego, po którym wstrzykiwanie wyciągu żadnych zmian w ciśnieniu nie wywołało. Fakt ten oczywiście wskazuje, że substancja wyciągowa, którą CYBULSKI dla krótkości nazywa „nadnerczyną“, działa na ośrodek naczynioruchowy i tą drogą sprowadza zwiężenie naczyń. Ustąpienie znowu zwolnienia tętna po przecięciu nerwów błędnych przekonało, że nadnerczyna działa również na ośrodek ich w rdzeniu przedłużonym.

Jak się więc z doświadczeń tych okazuje, substancja wyciągowa z nadnerczy działa podniecająco na trzy główne grupy ośrodków rdzenia przedłużonego: ośrodek naczynioruchowy, ośrodek nerwów błędnych i ośrodki oddechowe.

C., zachęcony tak świetnymi wynikami doświadczeń, w celu bliższego zbadania nadnerczyny sporządził cały szereg wyciągów i badał działanie ich na zwierzęta.

<sup>21)</sup> Patrz pracę BERGMANN'a i statystykę *oesophagotomiae* u różnych autorów.

Z doświadczeń tych przekonał się, że substancja wyciągowa ma własności zasady; że wyciągi: alkoholowy, chloroformowy, eterowy nie działają; glicerynowy zaś i kwaśne po zobojętnieniu kwasów działają, jak wyciągi wodne. Za najważniejszą jednak własność wyciągu uważa C. zdolność jej do dyalizy. Substancja wyciągowa, poddana dyalizacji, daje już po kilku godzinach ciecz, identycznie z sanym wyciągiem działającą, co dowodzi, że nadnerczyna należy do t. z. krystaloidów.

Dalsze badania wpływu tej substancji na ustroj zwierzęcy przekonały C., że, jakkolwiek nie działa ona tak trująco, jak to przypuszczano dawniej, jednakże w pewnych warunkach wstrzyknięcie jej do żyły zwierzęcia może natychmiast śmierć spowodować. U królików np. i ctm. szc. wywołuje prawie zawsze śmierć, której bezpośrednią przyczyną są wynaczynienia w płucach, mózgu i sercu. Niekiedy znajdujemy również i obrzęk płuc. Wprowadzając rozcieńczone i mocniejsze dawki, przekonano się, że choć w sumie zużyto więcej, niż trującą dawkę, objawy występowały te same, zwierzę jednak pozostało przy życiu i stopniowo przyzwyczaiło się do wyciągu tak, że można było bezkarnie 20 razy większą dawkę wprowadzić.

Z licznych doświadczeń przekonał się C. ostatecznie, że najodpowiedniejszym i najwrażliwszym na działanie nadnerczyny jest ośrodek naczynioruchowy, pozostaje on bowiem najdłużej czynnym, nawet po najwyższych dawkach. Najwcześniej ulegają porażeniu ośrodki nerwów błędnych, pośrednio zaś zachowują się ośrodki oddechowe. Szybkie ustępowanie zmian, nadnerczyną wywołanych, *a priori* pozwalało wnioskować, że po pewnym czasie zostaje ona wydalona z ustroju przez nerki, albo też ulega w nim zobojętnieniu. Odpowiednie doświadczenia w zupełności to potwierdziły. Mocz bowiem zwierząt, którym substancję tę wstrzyknięto, wywołał identyczne z nią objawy, a mieszanina wyciągu z krwią tętniczą odwłóknioną sprowadziła po zastrzyknięciu te same objawy, co po wprowadzeniu czystych wyciągów, choć nie tak silne. Dodatek natomiast nadmanganianu potasu działanie wyciągu zupełnie znosi. Doświadczenia te znów wykazały, że nadnerczyna może uleść utlenieniu i przez to traci swoje działanie na ustroj.

Ten szereg doświadczeń służył C. za punkt wyjścia do hipotezy, która z gruntu zmienia dotychczasowe nasze pojęcia o teorii działania najważniejszych ośrodków życiowych.

Ośrodki te, jak wiadomo, są czynne w ustroju przez całe życie, a za przyczynę ich stanu czynnego uważano chemiczny skład krwi. Nadmiar  $\text{CO}_2$  lub brak tlenu we krwi miał być momentem, pobudzającym ośrodki te do bezustannej czynności. Ponieważ dalsze badania wykazały, że ani nadmiar  $\text{CO}_2$ , ani brak tlenu nie mogą być tą przyczyną, więc PFLÜGER, jak wiadomo, przyszedł do przekonania, że we krwi, pozbawionej tlenu, nagromadzają się jakieś wytwory, działające na ośrodki w rdzeniu, w obecności zaś tlenu wytwory te stają się obojętnymi. Brak więc tlenu ma oznaczać brak substancji zobojętniającej działanie tych wytworów.

Jak przytoczone wyżej doświadczenia z nadnerczyną wykazały, substancje, drażniące ośrodki nerwowe rdzenia, mogą się wytwarzać w nadnerczach, a przechodząc do krwi, pobudzają stale czynność tych ośrodków. Ustroj więc we własnym zarządzie posiada gruczoł, który stale zaopatruje krew w czynniki, niezbędne do działania tych ośrodków. Przypadkowe zaś wpływy zmieniają tylko stopień i natężenie ich czynności.

Dalsze doświadczenia prawdziwość hipotezy tej stwierdziły. Przekonano się bowiem, że krew z nadnercza wywołuje takie same objawy, jak substancja wyciągowa. We krwi więc z nadnerczy substancja ta istnieje, razeni z nią wpływa z nich i rozchodzi się tym sposobem po całym ciele w odpowiednim rozcieńczeniu. Następne jeszcze doświadczenia z wycinaniem nadnerczy stwierdziły, że substancja ta rzeczywiście objawy duszności wywołuje, a inne znowu (przez duszenie zwierząt), że podczas duszności we krwi zwierzęcia znajdują się substancje, które takie same objawy sprowadzają, co wyciągi z nadnerczy. Krew bowiem uduszonego zwierzęcia, wstrzyknięta zdrowemu, zawsze wywoływała zwolnienie tętna, przyspieszenie oddechu i podniesienie ciśnienia.

„Wszystkie doświadczenia—są słowa mówcy—rozwijały się, jak nić z kłębka, co przemawia za tem, że hipoteza powyższa odpowiada rzeczywistości. Jeżeli zaś tak jest, to fakt ten ma kolosalną doniosłość nie tylko ze względu na teorię, ale

i ze względu na cele praktyczne. Dotychczas za najwyższą powagę w ustroju przywykliśmy uważać układ nerwowy, tymczasem tu spotykamy nowy czynnik, bez którego sama czynność układu nerwowego staje się niemożliwą; tu więc, jak rzadko gdzie, spotykamy tę ścisłą zależność czynności ustroju od siebie i wzajemne wpływy na siebie rozmaitych narządów.

„Czy ta nadnerczyna wytwarza się w samym tylko nadnerczu, czy też i w innych gruczołach—oto nowe pole do badań ciekawych i ważnych. Czy ona działa tylko na układ nerwowy, czy też na wszystkie narządy ustroju—oto kwestya, która z biegiem nauki wyjaśnić się musi“<sup>1)</sup>. (*Gazeta Lek. Nr. 12. 1895*). J. Sz.

35. F. DANZIGIER. **Zapalenie gardzieli pochodzenia dnawego** (*Angina urica*). Autor opisuje przypadek, jedyny w swoim rodzaju, w którym napady dny stale poprzedzane były „bólem gardła“, trwającym zawsze tak długo, jak i napad cierpienia stawów. Przypadek dotyczył chorego 44-letniego, miewającego napady od lat 15, z początku rzadsze, potem coraz częstsze, po dwa na rok, a w ostatnich dwóch latach powtarzające się co kilka miesięcy. Za związkiem ścisłym cierpienia gardzieli i stawów przemawiało: stałe występowanie napadów dny w nocy po całodziennym bólu gardła, powtórne, równoległość w nasileniu obydwóch cierpień: po lekkim bólu w gardle następowały słabe napady dny; ciężkim zaś i długo trwającym napadom towarzyszyło również ciężkie cierpienie gardzieli, dochodzące niekiedy do powstawania ropni okołomigdałowych. W przypadkach, opisanych dotychczas, autorowie wzmiankują o cierpieniu gardzieli, występującym zawsze z chwilą zjawienia się bólu w stawach. (*Monatsschrift f. Ohrenheil. N. 1. 1895*). W. Sz.

36. BIAL. **Kwas mleczny w soku żołądkowym przy wrzodzie żołądka, niezycie zanikowym i rozszerzeniu żołądka**. Stała obecność dużych ilości kwasu mlecznego w zawartości żołądka zdaniem BOAS'a jest objawem niemal swoistym raka żołądka. BOAS podaje nawet nową metodę określania kwasu mlecznego. Wykrycie takiego nieomylnego objawu oddałoby niezawodnie wielkie usługi rozpoznawcze w chorobach żołądkowych, zwłaszcza, że nieraz i obecność guza nie wystarcza do niewątpliwego rozpoznania raka żołądka; często bowiem guz zależeć może od zwykłego przerostu mięśni odźwiernika. Spostrzeżenia jednak innych autorów podają w wątpliwość nieomylność tego objawu. THAYER opisuje przypadek, gdzie obecność guza przy stałej obecności w soku żołądkowym kwasu mlecznego, zdawało się, przemawiała za rakiem żołądka, przy operacji jednakże okazał się zwykły przerost mięśni odźwiernika skutkiem zwężenia bliznowatego. Przeczą również swoistości objawu BOAS'a spostrzeżenia ROSENHEIM'a, STRAUS'a i ZAWADZKIEGO, a KLEMPERER opisuje nawet przypadki ciężkich cierpień ogólnych ze stałą obecnością kwasu mlecznego w zawartości żołądka. Na zasadzie swego spostrzeżenia BIAL również przychodzi do wniosku, że kwas mleczny w soku żołądkowym nie przedstawia nic swoistego dla raka żołądka, wykryć go bowiem można we wszystkich tych przypadkach, gdzie, jak przy raku, są warunki, sprzyjające wytwarzaniu się kwasu mlecznego, mianowicie zmniejszone wytwarzanie się kwasu solnego i zastój zawartości żołądkowej.

(*Berliner klinische Wochenschrift. N. 6*).

37. J. BERGMANN. **Nowy sposób leczenia niestrawności kwaśnej**. Doświadczenia CLAUDE BERNARD'a dowiodły, że kwasy, wprowadzone bezpośrednio do krwiobiegu, w krótkim stosunkowo czasie wydzielają się w żołądku. Cierpienia na gruncie tak zwanej „dyatezy kwaśnej“, którym prawie stale towarzyszy niestrawność kwaśna, potwierdzają poniekąd ten pogląd na pochodzenie kwasów żołądka. Krew pozbawia się szkodliwych dla siebie składników, odprowadzając je w miejsce, gdzie one stają się pożytecznymi dla ustroju, jako czynniki potrzebne do trawienia. W warunkach fizyologicznych nadmierna kwasność żołądka zubożona zostaje przez alkaliczną ślinę; przy zmniejszanej zaś alkaliczności krwi ślina traci swój pierwotny odczyn i staje się kwaśną, a jako taka, traci swą własność wiązania kwasów żołądkowych. W zwykłej postaci niestrawności kwaśnej, nie zależnej od żadnej dyatezy, ślina, jakkolwiek nie przybiera odczynu kwaśnego, nie posiada wszakże do-

<sup>1)</sup> Aczkolwiek z zasady nie podajemy streszczeń z prac polskich, gdyż wychodzący corocznie przy Pam. Tow. Lek. Warsz. Przegląd piśmiennictwa lekarskiego polskiego rolę tę w sposób odpowiadający celowi spełnia, z uwagi jednak na wielką doniosłość pracy prof. CRYBULSKIEGO, czynimy w tym razie wyjątek. (Prz. Red.)

statecznej alkaliczności do zobojętnienia nadmiernych ilości kwasów. Zdaniem BERGMANN'a; leczenie niestrawności kwaśnej powinno mieć na względzie jedynie wzmożenie alkaliczności śliny. Opierając się na badaniach STRICKER'a, podług których ślina, zależnie od różnych wpływów, zmienia swój odczyn, autor przypuszcza, że odpowiednio zastosowany bodziec może wywrzeć wpływ alkalizujący na ślinę. Najsukuteczniejszym bodźcem fizyologicznym dla ślinianek jest, jak wiadomo, akt żucia. Podczas tej czynności wydziela się obfita alkaliczna ślina; dowodem tego jest fakt, że wszelkie dolegliwości, zależne od niestrawności kwaśnej, ustają zupełnie w czasie jedzenia, w okresie zaś trawienia występują one z większą gwałtownością; w tym bowiem okresie wytwarzają się w żołądku nadmierne ilości kwasów, zupełnie zaś brak zobojętniającego wpływu śliny. Dostarczanie obfitych ilości alkalicznej śliny w tym właśnie okresie powinno być, zdaniem autora, głównym zadaniem leczenia dyspeptyków. W tym celu zaleca autor swym chorym żuć pastylki, w skład których wchodzi *radix zingiberis* i *radix calami*, dla pobudzenia wydzieliny śliny, i *magnesia usta aa. z magnes. ammonio-phosphorica* dla zwiększenia alkalicznego odczynu śliny. (*Berl. klinische Wochenschrift* N. 6. M. Fraenkel.

## Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 5 marca r. b.

TREŚĆ: 1) KRYSIŃSKI — odczyt: Kilka słów w sprawie poszukiwań drobnowidzowych. 2) OETUSZEWSKI — przedstawienie przypadku uleczonej mowy nosowej pochodzenia czynnościowego. 3) WIZEL i DYDYŃSKI — przedstawienie chorego z zaburzeniami odżywczemi. 4) MEYERSON — przedstawienie chorej z twardzielą nosa. 5) JAWOYŃSKI — przedstawienie chorego po operacji raka pęcherza. 6) HERYNG — przedstawienie a) chorej z twardzielą nosa gardzieli i krtani; b) preparatu polipa krtani. 7) DOBROWOLSKI — przedstawienie chorej z porażeniem przemieszającym krtani po wyłuszczeniu migdałów.

1) Kol. KRYSIŃSKI wykazał matematycznie, ile czasu potrzeba, by dokładnie obejrzeć suchy preparat wielkości szkiełka pokrywkowego o brzegach = 18 mm. Z przytoczonej przez mówcę tablicy wynika, że przy użyciu systemu 5 do obejrzenia całego preparatu potrzeba  $2\frac{1}{2}$  godzin, a w rzeczywistości 5, gdyż pozostają do rozpatrzenia i pola białe; przy użyciu zaś systemu 7 potrzeba w rzeczywistości 14 godzin czasu; przy S—9 trzeba 47; przy S—I =  $\frac{1}{12}$  cala trzeba 50, a przy S—III =  $\frac{1}{24}$  cala potrzeba aż 192 godzin. Następnie K. zaznaczył i wyjaśnił, dla czego części preparatu zabarwione odszukać jest łatwiej, i wreszcie w treściwych słowach wyłożył, jakie potrzebne są warunki do dobrego oświetlenia pola drobnowidzowego, jak i kiedy należy zastosować kondensor i pryzmę Ane'go. Mówca zaznaczył, że porusza kwestję, wyjaśnioną na początku odczytu, gwoili przekonania, jakie przy zwykłych rozpatrywaniach popełniamy błędy i jakie istnieje prawdopodobieństwo zobaczenia w preparacie tego, czego szukamy. Błędów, stąd wynikających, wystrzegać się trzeba bardzo, gdyż pociągają one w praktyce niemiłe następstwa. Utrzymuje np. badający, że po rozpatrzeniu preparatu niema w wydzielinie z cewki gonokoków, tymczasem chory ten zaraża innych, błąd zaś powstaje stąd, że prawdopodobieństwo znalezienia w preparacie gonokoków, jak widać z liczb, podanych przez K., przy używanym powszechnie sposobie badania, wcale nie jest tak wielkie.

W dyskusyi kol. MAYZEL zwrócił uwagę na to, że znalezienie poszukiwanych szczegółów pod drobnowidzem można sobie ułatwić w sposób praktyczny, ze znacznym oszczędzeniem czasu, przez połączenie słabszych systemów drobnowidzowych z mocniejszym okularzem, przez co otrzymuje się duże pole widzenia w drobnowidzu. W ten sposób można rozpatrywać bezporównania grubsze preparaty, czy to zabarwiono, czy nie barwiono, w znacznie grubszej warstwie. Można np. przy użyciu systemu B B. ZEISS'a z okularzem 5 (z dużą odległością ogniskową i wielkim polem widzenia) znaleźć łatwo kępki laseczników gruczołowych w preparatach barwionych, lub pojedynczo ciała krwi, wałeczki nerkowe, nitki nasienne i t. p. w płynie, jeżeli zamiast rozpatrywania kropli płynu, np. moczu przykrytej szkiełkiem pokrywkowym, użyjemy wielkiej kropli lub kilku kropel płynu, bez wszelkiego pokrycia szkiełkiem. Ażeby zaś płyny rozpatrywane nie spływały ze szkła przedmiotowego szerokiego, można na

niem zrobić rodzaj ramek wyniosłych z lakieru lub kitu, albo użyć szkieł z wyrżniętym kolisto lub graniasto rowkiem, albo wreszcie szkła z zagłębieniem wyszlifowanym.

Prof. PRZEWOSKI zaznaczył, że przy badaniach nad pochodzeniem komórek eozynofilowych przekonał się, iż na dokładne rozpatrzenie preparatu 18 mm. przy systemie 5 potrzeba czterdziestu kilku minut, przy systemie 7 potrzeba 1¼ godziny.

Kol. KRYSIŃSKI odpowiada kol. MARYSŁOWI, że nie rozbiierał sposobów badania drobnowidzowego płynów, lecz postawił sobie za zadanie oznaczyć, ile potrzeba czasu, by dokładnie obejrzeć cały preparat drobnowidzowy; kol. PRZEWOSKIEMU zaś odpowiada, że matematyczne wyliczenie, jak to widać z jego tablicy, wykazuje, że przy takim a takim systemie potrzeba tyle a tyle czasu, i dlatego sądzi, że wyniki, otrzymane przez P., mogą być prawdopodobne, ale nie dokładne.

Prof. BARANOWSKI zauważył, że podobne wyliczania mogą odebrać odwagę tym, którzy chcieliby podjąć badania drobnowidzowe. Matematyka, jako podkład wykształcenia przyrodniczego, ma to do siebie, że pozwala rozeznawać i ze ścisłością oceniać niedokładności wyników badania naukowego, że to niedokładności umie niekiedy wyrażać liczbą. Byłoby jednak niesłusznym mniemać, że to może przyrodnika zniechęcać, że mu to odbiera ochotę do badań. Po jednych badaczach przyjdą drudzy, będą uzupełniali i udokładniali osiągnięte wyniki, aż wreszcie dojdą do rozeznania prawdy.

W odpowiedzi kol. KRYSIŃSKI zaznaczył, że widocznie był źle zrozumiany, gdyż celem jego odczytu nie było odbieranie odwagi chcącym podjąć badania drobnowidzowe, lecz wykazanie, ile potrzeba czasu i jakie potrzebne są warunki, by podjęto badania były ściśle, a więc i dokładnie.

2) Kol. OLTUSZEWSKI przedstawił przypadek uleczonej mowy nosowej pochodzenia czynnościowego, trwającej od najwcześniejszego dzieciństwa. Przypadki tego rodzaju, które mówca uważa za stosowne nazwać mową nosową wrodzoną pochodzenia czynnościowego, pozostają w związku z istniejącą już u tego rodzaju dzieci afazją wrodzoną, która w tych razach powoli ustępuje, przechodząc w belkotanie ogólne. Z powodu zbyt szczupłego jeszcze materiału, kol. O. nie podaje, jak na teraz, stanowczo racjonalnego wytłumaczenia przyczyny współistnienia tych dwu złożeń, oraz ich wzajemnego stosunku, sądzi jednak, że oba one zależą od pewnego niedorozwoju ośrodków ruchowych kory.

Istota mowy nosowej czynnościowej, należącej do kategorii *rhinolalia aperta*, polega, jak wiadomo, na niedokładnem rozgraniczeniu jamy nosowo-gardzielowej od jamy ustnej, wskutek czego, oprócz silnie wyrażonego dźwięku nosowego, z powodu rozdziału wydychanego powietrza na dwie drogi, głoski, wymagające tego rozgraniczenia, tracą na swej wyrazistości. Obie te przyczyny czynią mowę u tego rodzaju dzieci prawie zupełnie niezrozumiałą dla otoczenia dalszego. Przyjmując pod uwagę, że wada ta rozpoczyna się w bardzo wczesnem dzieciństwie, łatwo pojąć, że dzieci tego rodzaju stają się niezdolne do rozpoczęcia nauk, a z tego względu są mniej lub więcej upośledzone pod względem rozwinięcia umysłowego. Rozpoznanie mowy nosowej wrodzonego pochodzenia czynnościowego łatwo uskuteczniamy, wyłączając wszelkie przyczyny organiczne, od których mowa nosowa zależec może, dalej inne kategorie mowy nosowej czynnościowej, oraz pamiętając o związku jej z ustępującą wrodzoną niemotą. Rozpoznanie nasze stwierdzamy zapomocą przyrządu GUTZMAN'a (demonstracja), pozwalającego na dokładne odmierzenie odległości pomiędzy tylną powierzchnią podniebienia miękkiego, a tylną ścianą gardzieli. Pomieniony przyrząd służy nam także do kontrolowania wyników leczniczych podczas trwania leczenia. Leczenie omawianej mowy nosowej polega na zastosowaniu ortofonicznej gimnastyki podniebienia miękkiego, łącznie z użyciem obturatora ręcznego (demonstracja). Obturator wypełnia tu bardzo ważną rolę, gdyż najprzód drażni mechanicznie podniebienie miękkie, a oprócz tego przy wydawaniu dźwięków przyzwyczajają chorego do wypuszczania powietrza nie nosem, lecz ustami. Obturator można połączyć jednocześnie z prądem faradycznym. Kol. O. miał już kilka przypadków tego rodzaju wyleczonej mowy nosowej, znanych kolegom HERYNGOWI, GAJKIEWICZOWI i JASIŃSKIEMU, nie mógł jednak przedstawić ich z powodów od niego niezależnych. Obecnie przedstawiony przypadek jest następujący:

Panna J. O., lat 16 licząca, pochodzi z rodziny zdrowej, złożonej z 7 prawidłowo mówiących dzieci. Dziewczynka zaczęła późno mówić, mianowicie w 4-tym roku, bardzo niewyraźnie i od samego początku z oddźwiękiem nosowym. Inteligencya jej już

w najmłodszym wieku była upośledzona, co nawet i w obecnej chwili łatwo zauważyć się dawało. Badanie jamy nosowo-gardzielowej, oprócz przewlekłego nieżyty, nie godnego uwagi nie wykazało. Podniebienie miękkie przy wydawaniu dźwięków unosiło się do góry w sposób prawidłowy. Oprócz silnie wyrażonego oddźwięku nosowego mieliśmy bardzo niewyraźne wymawianie wielu głosek, tak, że wogóle mowa była prawie niezrozumiała. Po trzechmiesięcznem leczeniu chora w zupełności wyleczyła się, a systematyczna, rozpoczęta od kilku miesięcy nauka, zapowiada jaknajlepsze wyniki. Kol. O. zaznacza ważność podobnego rodzaju przypadków mowy nosowej, tak co do ich rozpoznawania, jakoteż możliwości leczenia, ponieważ wada ta uprzednio nie tylko u nas, ale i zagranicą była w zupełności pomijana.

3) Kol. WIZEL i DYDYŃSKI przedstawiają chorego, który przed 11 laty, a więc w 24 roku życia, nagle uczuł silny ból w łokciu prawym, rozprzestrzeniający się na całą kończynę. Po dwóch tygodniach do bólu dołączyło się obrzmienie w teje kończynie, począwszy od łokcia aż do palców. W tydzień po zjawieniu się obrzmienia, na dłoni potworzyły się, jak powiada chory, otwory, z których obficie sączyła się ropa. Po miesiącu stan się poprawił, pozostało tylko nieznaczne obrzmienie i znaczne osłabienie czucia w kończynie górnej prawej. Władza była zachowana zupełnie. Od tego czasu prawie co rok występowało nagle, bez uprzedniego bólu silniejsze obrzmienie w kończynie prawej, które wkrótce ustępowało. Kilkakrotnie towarzyszyło mu tworzenie się na dłoni już nie ropni, lecz, jak powiada chory, pęcherzy, z których po pęknięciu wydostawała się ciecz wodnista. W marcu r. z. na dłoni i palcach potworzyły się pęcherze i ropnie, poczem powoli, bez bólu, miękkie części członków, a następnie i obnażone części kości zaczęły odpadać. Powoli palce się zagoiły, lecz obrzmienie się wzmogło i na łokciu potworzyły się przetoki, z których wyciekała ropa. W maju chory przybył do kliniki chirurgicznej w szpitalu Dz. Jezus, gdzie, po zastosowaniu leczenia przeciwrzymiotowego, obrzmienie się zmniejszyło, ruchy w stawie łokciowym stały się wolniejsze, przetoki się zagoiły, ból prawie zupełnie ustąpił i chory 2 czerwca się wypisał. Wkrótce jednak sprawa znowu się zaostrzyła i chory wstąpił do kliniki chorób nerwowych. Obecnie kończyna prawa jest obrzmiała, staw łokciowy zgrubiały; przy badaniu układu nerwowego W. i D. znaleźli objawy następujące: na całej kończynie, jak również na prawej połowie twarzy i głowy, i w pewnych określonych miejscach na tułowiu istnieją wyraźne zmiany czucia, w rozmaitych miejscach w nierównym stopniu wyrażone. W okolicy stawu łokciowego stwierdzono zupełną utratę czucia, tak dotyku, jak bólu i ciepłoty; poniżej łokcia na przedramieniu czucie dotyku zachowane, lecz słabsze, niż po stronie lewej, czucie zaś bólu i ciepłoty zupełnie zniesione. W innych miejscach odmiany czucia zachowane, lecz znacznie słabsze w porównaniu ze stroną przeciwną. Prócz tego stwierdzono jeszcze niedowład całej kończyny oraz znaczne osłabienie pobudliwości mięśni na prąd elektryczny. Żadnych innych zmian w sferze nerwowej nie zauważono. Narządy wewnętrzne prawidłowo. Do 24-go roku życia chory żadnych chorób nie przechodził. Co się tyczy rozpoznania, to przypadek powyższy W. i D. zaliczają do grupy t. zw. *trofoneuroses*, do której należą także cierpienia, jak syringomyelia, choroba MORVAN'a, akrotofoneurozy (LANCEREAUX) i wiele innych. Jaka postać w danym przypadku istnieje, trudno orzec i mówcy wstrzymują się od wypowiedzenia ostatecznego zdania, albowiem ze względu na mającą się dokonać amputację kończyny (której chory usilnie się domaga) okaże się możliwość zbadania tkanek pod względem anatomo-patologicznym, a okoliczność ta dopomoże poniekąd do wyjaśnienia sprawy. O wyniku badań W. i D. nie omieszkają czassem zawiadomić.

W dyskusyi kol. BIERNACKI mniema, że objawy istniejące wystarczają zupełnie do rozpoznania umiejscowienia cierpienia. Wobec tak wybitnego upośledzonego czucia bólowego na kończynie górnej prawej i części tułowia, zaburzenia, istniejącego od lat 10, nie ulega wątpliwości, że mamy zniszczenie w tylnej części istoty szarej rdzenia. Czy sprawa już doszła do wytworzenia jamy, czy też mamy coś w rodzaju gliomatozy, lub sprawy zapalnej, jaką jest etyologia tej sprawy anatomicznej, na to obecnie odpowiedzieć nie możemy. Rozpoznaniu nie przeszkadza zupełnie brak wielu innych objawów syringomyelii (*scoliosis*, zaburzenia oczne, zaniki mięśniowe i t. d.); objawy te bowiem mogą istnieć, albo nie istnieć, zależnie od rozprzestrzenienia sprawy anatomicznej w rdzeniu na rogi przednie, pęczki przyległe istoty białej i t. p.

Kol. JASIŃSKI nie przeczy, że objawy syringomyelii w danym przypadku są niewątpliwie, zwraca jednak uwagę, że objawy, jakie widzimy w stawach, w zestawieniu

z wywiadami przypominają bardzo cierpienia na tle przymiotowem i dlatego należy przed amputacją zastosować energiczne leczenie swoiste.

Kol. RYCHLIŃSKI zaznacza, że jamy w rdzeniu mogą powstawać wskutek cierpienia przymiotowego naczyń i opon rdzeniowych. R. badał pod drobnowidzem rdzeń, przysłany mu przez kol. BIEGAŃSKIEGO z Częstochowy, gdzie obok najwyraźniejszych zmian pochodzenia przymiotowego w naczyniach i oponach, znalazł jamy, które niewątpliwie miały ten sam początek.

Kol. WIZEL odpowiada, że zarówno jemu, jak i kol. DYDYŃSKIEMU nasuwała się myśl o syringomyelii; jeżeli jednak przy tem rozpoznaniu nie zatrzymali się, to jedynie dlatego, że przypadek ten nie odpowiada ściśle typowym postaciom syringomyelii i różni się od nich brakiem właściwej syringomyelicznej dysocjacji uczucia, brakiem widocznych zaników mięśniowych (jednakże domysleć się ich można); charakteryzuje się zaś przedewszystkiem zmianami troficznymi wszystkich tkanek kończyny. Następnie, zdaniem W., nazwać dziś jakiś przypadek niewątpliwą syringomyelią, jest rzeczą dość ryzykowną ze względu na to, iż coraz częściej uczeni znajdują punkty wspólne między cierpieniem tem, a chorobą MORVAN'a. Od rozpoznania syringomyelii wstrzymuje W. i D. i ten взгляд, iż obecnie od czasu prac ZAMBACO (1893) istnieje skłonność do uważania wielu przypadków syringomyelii i choroby MORVAN'a za złagodzone postaci trądu. Dlatego też W. i D. wstrzymują się z rozpoznaniem aż do chwili przeprowadzenia badania anatomo-patologicznego i bakteriologicznego. Koledze JASIŃSKIEMU W. odpowiada, że przy rozmaitych trofoneurozach, nie tylko przy syringomyelii, lecz i przy opisanych przez LANCEREAUX akrotrofocurozach zdarzają się liczne zmiany troficzne zarówno w kościach, jak i stawach, które mogą zatrzymywać się w swym rozwoju.

Kol. WOŁKOWICZ zwraca uwagę, że pierwsze objawy choroby wystąpiły w stawie łokciowym i aż dotąd zachowują charakter, którego zwykle nie mają sprawy neuropatyczne w stawach, a mianowicie charakter zapalny; w przedstawionym zaś przypadku mamy do czynienia z ropieniem w stawie łokciowym. Jeżeli prócz tego zwrócić uwagę na skłonność sprawy do gojenia się, na zabliznienie zupełne palców po oddzieleniu się zmartwych członków, i że w historii choroby zaznaczona została poprawa przy stosowaniu leczenia swoistego przeciwprzymiotowego, należałoby przychylić się do zdania kol. JASIŃSKIEGO i upatrywać w przymiocie sprawę przedstawionego cierpienia.

W odpowiedzi kol. JASIŃSKIEMU i WOŁKOWICZOWI, kol. BIERNACKI zaznacza, że okoliczność, iż u danego chorego zmiany w kończynie górnej ulgają znacznej poprawie, wcale nie przeszkadza rozpoznaniu tych zmian, jako troficznych. Inne niewątpliwie troficzne zmiany, jak np. cierpienie stawów u dotkniętych wiałem, przedstawiają nieraz zatrzymanie w rozwoju, znaczne poprawy i t. d.

4) Następnie kol. MEYERSON przedstawił przypadek twardzieli nosa (*Rhinoscleroma*), który ze względu na znaczne rozszerzenie sprawy w górnych drogach oddechowych, jest nader interesujący. Chora R. lat 25, jest od lat 4 za mężem i matką jednego dziecka. Przed rokiem zaczęła doznawać chrypki, a od trzech miesięcy duszności. Bezkrwista, zło odżywiana. W rodzinie chorób godnych uwagi niema. Już na pierwszy rzut oka widać, że nos jest powiększony, skrzydła i obwód otworów nosa są twarde. O ile otwory nosa zewnętrzne są powiększone skutkiem stwardnienia obwodu, o tyle samo przewody nosowo mocno są zwężone. Tyłne otwory nosa zasłonięte są przeponą błoniastą, sięgającą od przyczepu podniebienia miękkiego ku górze, a pozostawiającą półksiężycowy otwór, ciągnący się od górnego prawego obwodu przegrody ku wylotowi *tubae Eustachii* strony lewej. Na podniebieniu miękkim z lewej strony i na jego powierzchni tylnej widać owrzodzoną guzowatość wielkości grochu. W jamie noso-gardzielowej ściana prawa również nacieczona i owrzodzona. Światło krtańni zwężone dwoma wałami podłużnymi, znajdującymi się pod głośnia. 28. II. kol. M. wyciął łyżeczką ostrą guzowatość, zatykającą wejście do jamy nosowej prawej. Z guza tego kol. PALMIRSKI otrzymał czystą hodowlę laseczniaka twardzieli nosa, który M. przedstawia.

5) Kol. JAWDYŃSKI przedstawił chorego, który przybył do oddziału 10. XII. 93. Badanie cewnikiem wykazało obecność guza na tylnej ścianie pęcherza moczowego. Mocz krwawy, mętny. D. 3. I. 94 wykonano cięcie nadłonowe w położeniu TRENDLENBURG'a. Przecięto przednią ścianę pęcherza od wierzchołka do szyi cewki moczowej.

wej. Ściana pęcherza mocno zgrubiała. Całą tylną ścianę pęcherza od kąta LIEUTAUD'a aż do wierzchołka zajmował jeden duży guz o szerokiej podstawie, obok niego kilka mniejszych, prócz tego tu i owdzie nacieczenia w postaci plam białych. Guz usunięto zapomocą noża, resztę przy pomocy żogadła PAQUELIN'a. Do pęcherza założono cewnik PEZZER'a, a otwór w pęcherzu zaszyto szwem dwupiętrowym. Do przestrzeni RERZIUS'a wprowadzono sączek, resztę rany zaszyto. Przebieg pooperacyjny był bardzo dobry. W kilka dni po operacji powstała krótkotrwała przetoka moczowa. Chory d. 10. II. wypisał się z powierzonej przetoką ponad spojeniem łonowym. W listopadzie r. z. była jeszcze przetoka ponad spojeniem łonowym; przetoka owa zagoiła się, gdy asystent oddziału kol. LEŚNIEWSKI usunął z głębi nitkę. Obecnie stan chorego doskonały. Mocz zupełnie czysty. Przy badaniu pęcherza cewnikiem niema ani krwawienia, ani bolesności.

6) Kol. HERYNG przedstawił: a) chorą, dotkniętą twardziłą nosą, gardzieli i krtani, którą przed 3 lata przedstawił w Tow. lek. dla okazania dodatniego wyniku stosowania w twardzieli krtani elektrolizy. Szczegółowy opis tego bardzo ciekawego przypadku podany został w „Przeglądzie lekarskim“ (№ 1, 2, 7, 8, 11, 12, 13. 1892). Przez 2 lata chora cieszyła się odzyskanem zdrowia. Przed rokiem ponowne wystąpienie duszności zmusiło ją do szukania porady w Warszawie. Duszność nie była tak znaczna, jak przed 3 lata, i występowała tylko przy silniejszym zmęczeniu. Przy badaniu okazało się, że sprawa twardzieli w krtani zajęła obio struny fałszywe i nagłośnię. Ruchy strun prawdziwych były utrudnione z powodu zgrubienia tylnej ściany krtani. Po bezskutecznym stosowaniu przez 2 miesiące różnych leków, H. zapomocą galwanokautera zniszczył nasięki strun fałszywych na znacznej przestrzeni i uzyskał poprawę nie tylko oddechu, ale i głosu. O dalszym przebiegu choroby ma zamiar kol. H. zawiadomić kolegów, skoro leczenie ukończone zostanie. b) Następnie kol. H. przedstawił preparat spirytusowy polipa krtani niezwyklej wielkości, gdyż przechodził objętość orzecha tureckiego, a w krtani zajmował prawie całe jej wnętrze. Był to polip podstrunowy, choć wyrastał z brzegu struny prawdziwej prawej, lecz z powodu swej objętości i ciężaru zwieszał się do tchawicy, wywołując silną duszność. Przy wydechu polip wydostawał się ponad struny, przyczem powstawał oryginalny szmer, przy wdechu wślaczał się do tchawicy. Rozpoznanie było dość trudne. Operację wykonano pętlą galwanokaustyczną, której założenie na guz przedstawiało dużo trudności. Rozbierając sposoby operacyjne, w tych razach wskazane, H. uzasadnia wybór metody wewnątrzkrtańowej, jak również konieczność użycia pętli galwanokaustycznej możliwością wystąpienia niebezpiecznych, czasem nie dających się powstrzymać krwotoków. Następnie kol. H. rozbiera wskazania do laryngotomii i przedstawia zmodyfikowany przez siebie zaciskacz KUTNER'a, który pozwala przy pomocy kółka zębatego powoli wciągać pętlę galwanokaustyczną i przez to do pewnego stopnia zabezpieczyć się od wystąpienia silniejszego krwotoku.

7) Kol. DOBROWOLSKI przedstawił chorą, u której po wykonaniu dwustronnej tonsilotomii, zaraz po operacji wystąpiło przemijające prawostronne porażenie krtani. Przypadek ten od porażenia historycznego różni się brakiem objawów histeryi i porażeniem jednostronnem, od nieżyty ostrego — zupełnym brakiem kaszlu, podrażnienia krtani, oraz obrazem laryngoskopowym. Kol. D. przypuszcza odruchowe porażenie nerwu krtaniowego, wskutek podrażnienia gałązek gardzielowych nerwu błędnego. Przemawia za tem i to, że równolegle z gojeniem się rany ustępuje porażenie krtani. Wreszcie D. zwraca uwagę na podobne porażenia po strumektomii, które objaśniają albo przecięciem dolnego nerwu krtaniowego, lub też stanem zapalnym okolicy krtani, przechodzącym na struny głosowe.

## Drobniejsze wiadomości różnej treści.

== CHAMBRELENT przekonał się, że surowica rodzących, dotkniętych eklampsją, a także surowica noworodków, choćby żywych, wykazuje dość znaczny toksyczny wpływ na króliki. Im przypadek cięższy, tem surowica jest jadowitsza; okoliczność ta pozwala mniemać, że słuszna jest teoria BOUCHARD'a, który twierdzi, że eklampsja powstaje wskutek zahamowania w wydzielaniu pewnych trujących substancji przez porażone nerki. (Gaz. méd. de Paris, 1894, № 31 i 32).

== E. G. ORTHMANN w 32 przypadkach krwotoków macicznych, z różnych przyczyn pochodzących, podawał salipirynę (*antipyrinum salicylicum*) po 1,0 trzy razy dziennie, poczynając na 1—2 dni przed oczekiwaną miesiączką i przez cały czas jej trwania. Najlepszy wynik otrzymano przy zbyt obfitem miesiączkowaniu po porodzie lub poronieniu. (Berl. klin. Wchft. 1895, № 7).

== Bardzo ciekawy przypadek pseudohermafrodytyzmu przedstawił C. MARTIN na posiedzeniu brytańskiego związku lekarzy w Birminghamie. Tyczył się on osobnika, wychowanego jak dziewczyna i pełniącego obowiązki służącej, który w lutym 1894 r. zwrócił się do lekarza z powodu bolesnego guza w pachwinie lewej. Guz ten usunięto, a badanie guza wykazało, że było to jądro. Drugi bolesny guz, odpowiadający prawemu jądru, wytworzył się w pachwinie prawej i też był usunięty drogą operacyjną. Po pierwszej operacji rozwinęły się objawy histeryi; jednocześnie pojawiły się włosy na częściach sromnych. Po drugiej operacji rozwinęły się sutki i stały się bolesnymi. Prócz tego, osobnik ten skarżył się na uderzanie krwi do głowy i inne objawy, jakie zauważyć można podczas wstrzymania się miesiączki. Badanie narządów płciowych wykazało obecność warg małych i dużych, niewielkiej łechtaczki, przedsionka z wylotem cewkowym i otworu pochwowego z resztkami błony dziewiczej. Pochwa przedstawiała się w postaci ślepego worka długości 5 cm. Macicy nie było. (Munch. med. Wochensh. N-r 4. 95).

== MURPHY, z Chicago, na zasadzie 194 operowanych przez siebie przypadków zapalenia wyrostka robaczkowego ze śmiertelnością 9,6%, przychodzi do wniosków następujących: 1) 98% wszystkich przypadków zapaleń w dole biodrowym prawym, określanych dawniej jako zapalenie kątnicze i okołokątnicze, jest w rzeczywistości zapaleniem wyrostka robaczkowego; 2) w każdym takim przypadku, zarówno pomyślnym, jak i niepomyślnym, należy operować jak można najwcześniej. Objawy zapalenia wyrostka robaczkowego polegają: 1) na nagłym

wystąpieniu bólu w brzuchu; 2) nudnościach i wymiotach; 3) bolesności brzucha w okolicy, odpowiadającej położeniu wyrostka; 4) podniesieniu się ciepłoty. Jeżeli w powyższym porządku spostrzega się objawy te u człowieka, u którego wywiady pozwalają wykluczyć cierpienie narządów moczowych i wątroby, to rozpoznanie, zdaniem M., staje się pewne. Ciała obce (pestki, ziarnka i t. p.) stanowią tylko 2%, a kamienie kałowe 38% wszystkich przyczyn tego zapalenia. (Medical News. Styczeń. 95).

== GABRYLOWICZ stosował „*antiphthisin*” KLEBS'a u 14 chorych na gruźlicę płuc. Po wstrzykiwaniach 0,05 tego środka G. nie spostrzegał ani razu odczynu, jaki wywołuje tuberkulina KOCH'a. Kaszel u chorych tych zmniejszał się, również zmniejszała się ilość płwociny i duszność. Co się tyczy objawów ze strony płuc, G. spostrzegał znikanie rżenia i zjawienie się oddechu pęcherzykowego w miejscach, gdzie wcale oddechu słychać nie było. (Wrzcz. № 6. 1895).

== WAWILOW i GOROCHOW, którzy badali wpływ krótkotrwałego, niepełnego, a okresowego głodzenia na ustroj człowieka zdrowego, sądzą, że głodzenie to (chleb razowy) podnosi energię ustroju co do odżywiania i stwarza pomyślnie warunki do wydalania z ustroju przerobionych i zużytych wytworów przemiany materii. Wzrastająca siła mięśniowa przemawia również za korzystnym wpływem tego rodzaju głodzenia. (Dysser. Petersburg). *Gr.*

== SOBIERAŃSKI z Marburga twierdzi, że stosowanie rozmaitych przetworów żelaza w tak zwanych chorobach krwi nie ma żadnej racjonalnej podstawy terapeutycznej. Zdaniem S., polecenia lekarskie, szumnie zachwalające ten lub ów przetwór, dowodzą, że prawdopodobnie każdym nieszkodliwym środkiem, jak również najprawdopodobniej bez niego, można osiągnąć często wyzdrowienie w blednicy, — chorobie, która i tak często bez wszystkiego znika. Przetwory te jednak niewątpliwie w wielu razach wpływają na *psyche* chorego, działając suggestywnie (?).

== Prof. KLEIN w Londynie, w celu uodparniania koni przeciw błonicy, aby potem od tych zwierząt otrzymywać surowicę leczniczą, zastrzykuje im zeszkrobane hodowle błonicy na agarze, zaczynając od słabych, bardzo starych hodowli. Tym sposobem K. sądzi, iż można prędzej wywołać odporność u koni, aniżeli postępując według sposobu Roux. Autorowi w samej rzeczy udało się zrobić odpornymi 2 konie po upływie 23 i 26 dni; od koni tych otrzymano surowicę zupełnie leczniczą. (Brit. med. Jour. 15 grudnia, 1894). *S. M.*

— NATANSON radzi stosować przy nawykowym zaparciu stolca suggestyę. Gdy chory zostanie uśpiony, porusza mu się brzuch, nakazuje zadość uczynić potrzebie i naznacza czas. Doświadczenia, wykonane w Charité, wykazały, że chory, choć był uśpiony, jednak po przebudzeniu zachowuje nieświadomie pamięć czasu i uczuwa wreszcie potrzebę oddania stolca. Z początku przychodzi to z pewną trudnością, znika ona jednak po kilku posiedzeniach. (Jour. de Med. de Paris. 23. IX. 1894).

— MARTIN dokonał repozycji przemieszczonego jądra u dziewięcioletniego chłopca; jedno jądro znajdowało się w należytym miejscu, gdy drugie leżało w międzykroczu o cal od odbytnicy. Wskutek tego jądro często ulegało urazom, które spowodowały nawet raz zapalenie ostre.

Przez cięcie w międzykroczu uwolnił M. jądro i sznurek nasienny, oddzielił dość grube zrosty z odbytnicą i po rozcięciu moszny odprowadził jądro. Rana zagoiła się przez rychłozrost. (Deut. med. Zeit. № 8. 1894).

— Przy *delirium tremens* zaleca RUSSEL BELLAMY środki nasenne, z pośród których najlepsze wyniki dawał trional. Środek ten znakomicie działa szczególnie przy stosowaniu go *per rectum*.

— W mieście francuskiej Thenelles młoda położnica pod wpływem strachu dostała ataku histerycznego, który następnie przeszedł w sen letargiczny. Sen ten bez przerwy trwa 12 lat. Chora jest ogromnie wychudzona, odżywiają ją lawatywami odżywczymi z mleka i peptonu. (Progr. méd.).

Kl.

## Wiadomości bieżące.

— Nakładem K. Prochaski w Wiedniu, Lipsku i Cieszynie na Szląsku wychodzi już od roku zeszłego „Biblioteka nauk lekarskich“ („Bibliothek der gesammten medicinischen Wissenschaften“) pod kierunkiem prof. A. DRASCHÉ'go, a redakcją J. WEISS'a i A. BRESTOWSKIEGO. W pracy około tego obszernego dzieła bierze udział do 150 znanych specjalistów, a w liczbie tej siły polskie reprezentowane są przez kolegów: HIGIERA, NEUGEBAUERA, OBALIŃSKIEGO, PAWIŃSKIEGO i SOBIERAJSKIEGO. Układ dzieła jest całkiem oryginalny. Cały materiał został podzielony na dwa oddziały; pierwszy obejmuje: medycynę wewnętrzną wraz z chorobami dzieci, chirurgię, położnictwo z chorobami kobiet, okulistykę, choroby skóry i przymiot, oraz choroby ucha i krtani; drugi: farmakologię z toksykologią, chemię lekarską, bakteriologię i higienę, medycynę sądową i anatomię. Dzieło wychodzi zeszytami w ten sposób, że dwa zeszyty z pierwszego oddziału i jeden z drugiego współcześnie się pojawiają, nosząc numer kolejny ogólny i kolejny każdego poddziału. Z tego tworzą się tomy stosownie do każdej specjalności. Całość ma wynosić dziesięć tomów, po 15—20 zeszytów zawierających. Zeszyt kosztuje markę. Wydawca nadesłał nam do oceny sześćdziesiąt zeszytów. Farmakologia już wyszła cała. Po starannem przejrzeniu dzieła i odczytaniu wielu artykułów doszliśmy do przekonania, iż zbiorowa ta praca wysoką posiada wartość, dając w treściwej formie ogrom materiału naukowego i uwzględniając przedewszystkiem potrzeby lekarzy-praktyków. Z zakresu też medycyny praktycznej wszystkie arty-

kuły celują starannem opracowaniem, choć i specjaliści w każdym ze swych działów znajdują wszystko, co stanowi odbicie wiedzy współczesnej. Możemy też śmiało dzieło to polecić kolegom, zwłaszcza, że jest o wiele tańsze od olbrzymich encyklopedyi, mających ten przywilej, że każde nowe ich wydanie obniża wartość wydań poprzednich, za które się grube sumy płaci.

— W ostatnich latach, jak wiadomo, w wielu krajach podniesiona została sprawa leczniczo-klimatycznych zakładów dla suchotników z pomiędzy mieszkańców miast większych. Myśl taką urzeczywistniła pomiędzy innemi Bazylea. Dotychczas zebrano na ten cel 326,000 franków. Zakład będzie otwarty w Davos na 50 — 60 chorych; uwzględnione będą w nim tylko istotne potrzeby chorych, z pominięciem zbytecznego komfortu, obciążającego niepotrzebnie wydatki.

— Redakcja „Deut. med. Zeitung“ zupełnie sprawiedliwie oburza się za nierozwagę, żeby nie użyć dosadniejszego wyrażenia, z jaką niektórzy profesorowie i lekarze dają zaświadczenia rozmaitym środkom i przedmiotom, służącym jakoby dla higieny. Reklama aptekarza Flügge o wynalezionym przez niego „Myrrhen-Crème“ zaopatrzona jest w 1,500 podpisów profesorów i lekarzy, którzy dali pochlebną odezwę o tym nowym kosmetyku.

— Pod redakcją prof. MARAGLIANO i d-ra CROTTO zaczął nanowo wychodzić dziennik pod nazwą „La Tuberculosi“, pojawiający się 2 razy na miesiąc. Cena 10 lirów rocznie.

WYDAWCA DR. L. GURANOWSKI.

REDAKTOR odpowiedzialny DR. H. DOBRZYCKI.

Доводимо Цензурою. Варшава, 16 Марта 1895 г.

Друк К. Ковалевського, Мазowiecka 8.