

# GAZETA LEKARSKA.

PISMO TYGODNIOWE

POŚWĘCONE WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

Cena w Warszawie: rocznie 5 rs., na prowincyi. w Cesarstwie i za granicą: rocznie 6 rs. Cena ogłoszeń: Trzy pierwsze po kop. 15 za wiersz drobnem pismem, lub za jego miejsce, następne po kop. 10; ogłoszenia zagraniczne po kop. 18 za wiersz drobnem pismem lub jego miejsce.

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

Adres Redaktora. Marszałkowska Nr. 115. Adres Wydawcy: Marszałkowska Nr. 119.

**Treść:** I. WŁ. GAJKIEWICZ. Na fizjologiję mózgu. — II. E. PRZEWOSKI. Cztery nowe przypadki przepukliny przeponowej (*hernia diaphragmatica*) z ogólnemi uwagami o tejże chorobie [Dalszy ciąg].

Piąty zjazd lekarzy i przyrodników we Lwowie. — Dodatek. — Ogłoszenia.

## Pilulae ferri oxydulati. Pilulae ferri oxydulati cum chinino sulphurico.

Liczne poszukiwania tak dawniejszych jako i współczesnych klinicystów oraz farmakologów wykazały, iż nie wszystkie przetwory żelaza zarówno są skuteczne, i że pomimo podawania jednakowych ilości tego pierwiastku zawartego w rozmaitych związkach, rezultaty lecznicze bywają jednakże różne (BLAUD, NIEMEYER, VALLET, HUSEMANN, BINZ i wielu innych). Przyczyny tego faktu szukać należy w tem, że nie wszystkie przetwory żelaza z równą łatwością są przez organizm przyswajane, oraz że gdy jedne nawet w znaczniejszych ilościach mogą być zadawane, inne drażnią przewód pokarmowy i już w niedługim czasie muszą być zaniechane. Ze wszystkich dotąd wypróbowanych przetworów najbardziej odpowiada celowi wodań tlenku żelaza, gdyż najłatwiej ulega przyswojeniu i wybornie nawet słabe żołądki go znoszą. W obec tych jego szacownych własności, przygotowanie wszelkich form farmaceutycznych z powyższego przetworu ma, jak sądzę, wszelką rację bytu i pierwszeństwo przed innemi. Mając to na uwadze, już oddawna zająłem się wyrobem pigułek zawierających już to czysty *per se* przetwór o którym mowa jako: *pilulae ferri oxydulati*, już też z dodatkiem chininy jako *pilulae ferri oxydulati cum chinino sulphurico*. Każda pigułka zawiera około pół grana bezwodnego tlenku żelaza (ściśle biorąc nieco więcej bo 0,6 grana). Ilość chininy (w pigułkach drugiego rodzaju) wynosi 1/2 grana na sztukę.

Kilkakrotne badania nad działaniem powyższych pigułek, dokonane z najlepszym skutkiem w warszawskich szpitalach, jak o tem przekonywają wydane mi przez powagi lekarskie świadectwa, pedantyczna dokładność w przygotowaniu, tak nieodbitie potrzebna jak wiadomo, aby dany przetwór nie ulegał rozkładowi, a wreszcie, dostępność ceny: dają mi jak mniemam zupełne prawo do konkurencji z podobnemi wyrobami zagranicznymi, które zawierając przetwory niezawsze wytrzymujące krytykę ze stanowiska farmakologicznego, oraz będąc w stosunku do swej rzeczywistej wartości nieproporcjonalnie drogiemi, daleko stoją niżej od swojskiego, krajowego wyrobu.

M. Mutniański.



APTEKA  
I SKŁAD WÓD MINERALNYCH  
NATURALNYCH,

WPROST ZE ŹRÓDEŁ SPROWADZANYCH,

pod firmą

D<sup>R</sup> T. HEINRICH

w WARSZAWIE

przy rogu ulic Wierzbowej i Senatorskiej N. 473b istniejąca.

Jest stale zaopatrywaną we wszystkie wody mineralne świeżego czerpania, jak również w lekarstwa specjalne zagraniczne i środki lekarskie w ostatnich czasach w użycie wprowadzone.

47—34

**Podręcznik do jakościowej i ilościowej analizy moczu,**

z 5 tablicami chromolitografowanymi i drzeworytami w tekście, przez A. Bukowskiego Asystenta farmacyi w Warsz. Uniwersytecie. Na składzie w Redakcyi „Wiadomości Farmaceutycznych“ Krak.-Przedmieście № 45 i Księgami E. Wende. Cena Rs. 2 z przesyłką Rs. 2 kop. 20. 3—1

*Instrumenta chirurgiczne, okulistyczne i maszyna elektryczna sprzedam tanio. Smolna 19 mieszkania 7, od godziny 4-ej.*

1—1

**NARZĘDZIA CHIRURGICZNE**

w metalowych oprawach (antyseptyczne) i zwykłych najtaniej w składach J. Jodłowskiego, Bielańska № 5 i Marszałkowska № 137;—Cenniki franco. 6-1

**ZAJĘCIA PRAKTYCZNE Z BAKTERYJOLOGII**

rozpoczną się 1 Października i trwać będą przez dwa tygodnie. O czasie i warunkach wiadomość od 11—12 rano i od 5—6 po południu.

O. BUJWID.

Wilcza Nr. 12.

0—1

o 4 wiorsty od stacyi  
Kolei Nadwiślańskiej

Zakład Wodoleczniczy  
**NAŁĘCZÓW**

Apteka, poczta,  
telegraf na miejscu

Cały rok otwarty, w sezonie zimowym od 1 Października do 1 Maja, ceny znacznie niższe.

Dyrektor stały lekarz zakładu

D-r Konrad Chmielewski.

3—1



# GAZETA LEKARSKA.

## I. NAJNOWSZE POGLĄDY NA FIZYJOLOGIJĘ MÓZGU

opracował

**Władysław Gajkiewicz.**

Niedawne to czasy, kiedy w fizjologii było dogmatem, iż cała masa mózgu jest czynnościowo jednakową, tak, iż każda cząstka jego może zastąpić inne w jakkolwiek sposób zniszczone; iż jest siedliskiem tylko władz psychicznych [inteligencyja, sądzenie, wola, *perceptio*], a w powstawaniu ruchu nie gra żadnej roli <sup>1)</sup> i że jest niepobudliwą, nie wrażliwą na bodźce zewnętrzne [elektryczność, drażnienie mechaniczne, chemiczne i t. p.]. Dogmat ten, wprowadzony do nauki przez FLOURENS'a [1823], utrzymał się bez zmiany aż do r. 1870. Był on wynikiem doświadczeń nietylko FLOURENS'a, lecz i innych badaczy [MAGENDIE, VAN DEEN, LONGET, MATTEUCCI i t. d.], a chociaż, jak zobaczymy, runął on obecnie bezpowrotnie, to jednak był dowodem postępu fizjologii mózgu, bo przedtem uważano go za narząd, z którego nerwy czerpią pożywienie i nie przypisywano mu żadnej innej czynności. BUFFON jeszcze np. w końcu 18 wieku twierdził, iż „*le cerveau est aux nerfs ce que la terre est aux plantes*“. FLOURENS zdanie swe opierał na doświadczeniach na gołębiach i kurach. Zwierzę, pozbawione półkul mózgowych, stawało się niezdolnem tylko myśleć, chcieć i czuć, lecz poruszało się jak poprzednio. Zbyt pospieszna synteza i wyciąganie wniosków o czynności mózgu wyższych zwierząt kręgowych z doświadczeń przedsiębranych tylko na ptakach, było powodem błędu, który względnie długo się utrzymał w nauce. Wprawdzie lekarze klinicyści jeszcze przed FLOURENS'em spostrzegali niejednokrotnie przypadki chorobowe, zaprzeczające panującej teorii FLOURENS'a, widzieli np., iż niekiedy rany mózgu lub zniszczenia chorobowe pociągały za sobą porażenia mięśni, a w innych razach przebiegały bez tych objawów, lecz nie mogąc ich wytłómaczyć, poprzestawali tylko na ich zanotowaniu. Dopiero w r. 1870 FRITSCH i HIRZIG pierwsi dostarczyli oczywistego dowodu, wstrząsającego wiarę w dogmat fizjologii mózgu, uznawany za nieomylny. HIRZIG, elektryzując u człowieka mózg, zauważył przy przery-

<sup>1)</sup> „Les facultés intellectuelles et perceptives résident dans les lobes cérébraux; la coordination des mouvments de locomotion dans le cervelet; l'excitation immédiate des contractions musculaires dans la moelle épinière et ses nerfs“. [Flourens].



waniu strumienia elektrycznego ruchy gałkami oczu, a chcąc dojść przyczyny tego zjawiska, przedsiębrał wraz z FRITSCH'em doświadczenia na psach. Nie spodziewany ich wynik, dał pochop do powtórzenia ich przez badaczy różnych narodowości. Obecnie, po 18 letnich na tem polu badaniach, nauka obaliła wszystkie punkty teorii FLOURENS'a [prócz punktu o wpływie na sprawy psychiczne], gdyż obecnie nie ulega wątpliwości, iż mózg nie jest narządem czynnościowo jednakowym, lecz przeciwnie różne jego części przewodniczą różnym czynnościom, pewne okolice jego mają czynności specjalne [„umiejscowienia“ mózgowe]; dalej, iż prócz czynności umysłowych i odczuwania wrażeń zmysłowych (*perceptio*), gra on rolę pierwszorzędną w wytwarzaniu ruchu, a wreszcie iż jest pobudliwym przez bodźce zewnętrzne. Dla dojścia do tego wniosku używano tych samych metod badań, któremi posługiwał się FLOURENS, a mianowicie obserwowano jakie następstwa pociąga drażnienie lub niszczenie pewnych części mózgu. Nie ograniczono się jednak tylko do ptaków, jak to robił FLOURENS, lecz używano do doświadczeń rozmaitych zwierząt. Wynik badań u małp był niezmiernie ważnym, gdyż, sądząc z ogromnego podobieństwa budowy anatomicznej mózgu małp z mózgiem człowieka, można z nich było wnosić i o czynności mózgu ludzkiego, a dla sprawdzenia użyto metody anatomo-klinicznej polegającej na porównaniu objawów występujących u człowieka za życia ze zmianami znalezionemi po śmierci, gdyż jak słusznie powiedział już MAGENDIE „*la pathologie du système nerveux n'est autre chose que la physiologie expérimentale appliquée à l'homme*“.

Drażnienie istoty korowej szarej mózgu słabym strumieniem elektrycznym daje wynik różny, zależnie od stopnia rozwoju zwierzęcia, a powtórę od miejsca drażnienia. U ptaków i ryb wynik jest ujemny, lub co najwyżej powstaje wtedy ruch niewyraźnie ograniczony. U królika, świnki morskiej i szczura można już oznaczyć kilka miejsc [ośrodków, *zonae*] na powierzchni mózgu, drażnienie których wywołuje nie tylko stale ruch, lecz nadto ruch tych samych zawsze grup mięśni po przeciwnej stronie ciała [twarz, tułów, kończyny przednie, tylne i t. d.]. U kota, psa, a zwłaszcza u małpy, liczba tych miejsc jest coraz większą, tak, iż w ogólności można powiedzieć, iż rozciągłość miejsca powierzchni mózgu wrażliwego na elektryczność (*zona excitabilis*, tak zwana *zona motoria*) i ilość jego podziałów jest w prostym stosunku do rozwoju intelektualnego i mnogości ruchów dowolnych, jakie zwierzę może wykonywać. Posługiwanie się metodą drażnienia pokazało iż na powierzchni mózgu musimy odróżnić 3 okolice: przednią, środkową i tylną. Z tych okolic przednia i tylna nie są pobudliwe, a tylko zawoje mózgowe okolicy średniej stanowią wzmiankowaną wyżej *zonam excitabilem*. U człowieka metoda anatomo-kliniczna pokazała również, iż drażnienie chorobowe okolicy przedniej [zraz czołowy] i tylnej [potylicowy] nie wywołuje za życia ruchów [drgawek], ale że stale one pojawiają się przy umiejscowieniu choroby w okolicy średniej [czołowo-ciemieniowej]. Okolica ta, pobudliwa u człowieka i małpy, znajduje się w sąsiedztwie rowka ROLAND'a, a u kota i psa w bliskości *sulcus crucialis*. Dalej i tę okolicę średnią, na mocy badań doświadczalnych i anatomo-klinicznych, można podzielić na kilka mniejszych, drażnienie których wywołuje drgawki w pojedynczych częściach ciała.



Druga metoda, polegająca na niszczeniu pewnych miejsc kory mózgowej i obserwowaniu następstw, nie tylko że potwierdziła wyniki metody drażnienia, a więc była jej kontrolą, lecz wyjaśniła nadto znaczenie innych miejsc kory, a mianowicie okolicy tylnej, która jest niepobudliwa. Aby organ był uznanym za ośrodek [centr] ruchu, to nie tylko drażnienie go powinno wywoływać ten

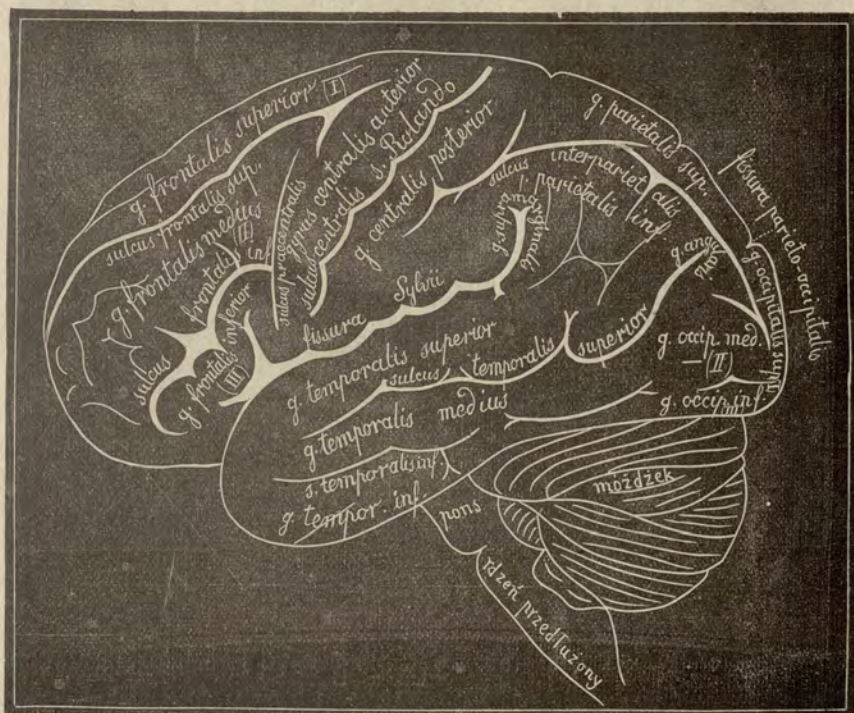


Fig. 1.

ruch, lecz i zniszczenie takowego powinno koniecznie pociągać za sobą zniesienie, porażenie tegoż ruchu. Nadto metodą tą posługując się, angielski fizjolog FERRIER wykrył na powierzchni mózgu ośrodki czuciowe. U małej metody ta potwierdziła wymieniony podział powierzchni mózgu na 3 okolice: przednią, obejmującą zwoje czołowe: górny, średni i dolny, która nie jest w związku z ruchem i czuciem, bo zniszczenie jej, podobnie jak drażnienie, nie wywołuje w tych sferach żadnych zmian; środkową, zwoje pośrodkowe (*gyri centrales*) i zrazik przyśrodkowy (*lobulus paracentralis*), ruchową, bo zniszczenie jej wywołuje porażenie ruchu trwałe, niewyleczalne, a mianowicie, gdy cała okolica ta będzie zniszczoną — porażenie twarzy i kończyn strony przeciwnej, a więc pod postacią połowiczną (*hemiplegia*), gdy zaś tylko część jej ulegnie zniszczeniu — to porażenie ograniczone do jednej z tych części ciała (*monoplegia*); wreszcie okolicę tylną, zwoje skroniowe, potylicowe i część ciemieniowych, zniszczenie których nie wywołuje porażenia ruchu lecz porażenie czucia. W okolicy tylnej



następuje odczucie, przeróbka psychiczna różnych wrażeń zmysłowych; mówimy różnych, gdyż jak zobaczymy, każdy rodzaj czucia, każdy organ obwodowy zmysłu jest w bezpośrednim związku z pewnymi zawojami mózgowymi [t. zw. ośrodki czuciowe].

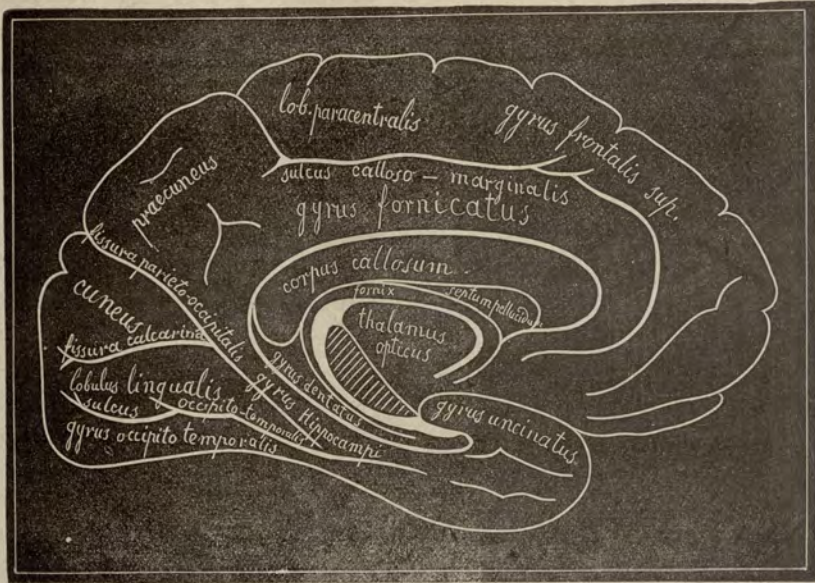


Fig. 2.

Te same metody badania [drażnienie i niszczenie] dały podobne wyniki przy śledzeniu czynności istoty białej korowej (*centrum ovale*), to jest włókien nerwowych, które od komórek nerwowych substancji szarej korowej udają się poniżej. Badania te dowiodły, iż tylko te włókna są pobudliwe, które leżą poniżej okolicy pobudliwej istoty szarej, a dalej iż w tej okolicy pobudliwej *centri ovalis* należy wyróżnić obszary czynnościowo odrębne, bo drażnienie ograniczone do nich wywołuje ruchy w pewnych tylko grupach mięśni przeciwnej strony ciała. Istota biała korowa jest tylko stanowczo mniej pobudliwą niż szara. Tożsamość wyników tłumaczy się tem, iż włókna *centri ovalis* są tylko przewodnikami, przeznaczonemi do przeniesienia, bez żadnej zmiany czynności szarej istoty korowej.

Torebka wewnętrzna (*capsula interna*) jest bardzo wrażliwą na elektryczność. Doświadczenia na zwierzętach [FRANCOIS—FRANCK] wykazały, że i przy drażnieniu jej można wywołać oddzielnie ruchy w łapach, uchu, oku, ogonie [jak i przy drażnieniu istoty szarej i białej korowej], co dowodzi, iż część pobudliwa torebki wewnętrznej jest utworzoną przez ułożenie się obok siebie (*juxta positio*) włókien czynnościowo odrębnych, tak samo jak część pobudliwa *centri ovalis*. W miarę jak badamy głębsze warstwy istoty białej, przez oddzielanie warstw powierzchniowych, przestrzeń jej ruchowa, to jest ta, drażnienie której



pobudza mięśnie do skurczu, staje się coraz mniejszą, lecz niepodległość jej włókien istnieje do samego końca. Drażnienie lub niszczenie istoty szarej wzgórka prążkowanego (*corpus striatum*) i wzrokowego (*thalamus opticus*) nie daje stałych zmian, tak, iż o ich czynności nie stanowczego powiedzieć nie możemy. Najpewniejszym jeszcze jest to, iż wpływ wzgórka prążkowanego na powstawanie ruchu mięśni, tak ogólnie dawniej przyjmowany, jest bardzo wątpliwym.

Zniszczenie spoidła wielkiego półkul mózgowych (*corpus callosum*) nie wpływa nie ani na ruch, ani na czucie.

Z dotychczasowych więc faktów, dostarczonych przez doświadczenia fizjologiczne i klinię, można wyciągnąć ten wniosek syntetyczny: mózg u zwierząt kręgowych nie spełnia jednakowej czynności, im zwierzę jest wyższej organizacji tem czynność jego mózgu jest więcej złożoną i więcej specjalizowaną. U różnych kręgowych półkule mózgowe nie grają żadnej roli w czynnościach ruchu i czucia, u wyższych zaś biorą one czynny udział w wytwarzaniu ruchów dowolnych i w odczuwaniu wrażeń zmysłowych. Mózg nie jest jednakowym czynnościowo, pewne jego okolice mają czynności specjalne, zniszczenie bowiem pewnego miejsca wywołuje pewien objaw, gdy zniszczenie części sąsiedniej nie wywołuje go. Mózg więc jest niejako zbiorem narządów do pewnego stopnia niezależnych fizjologicznie. U człowieka, podobnie jak u wyższych kręgowych, możemy w obecnym stanie nauki odróżnić tych narządów lub aparatów 2: ruchowy i czuciowy.

I. Aparat ruchowy stanowią: 1) zawoje mózgowe na około rowka ROLAND'a leżące, a mianowicie *gyrus centralis anterior et posterior* [lub wedle nomenklatury francuzkiej *frontalis ascendens et parietalis ascendens*] i odpowiadający im, a na powierzchni wewnętrznej półkul leżący, *lobulus paracentralis*, 2) włókna białe *centri ovalis* od wymienionych dopiero zawojów idące, 3) średnia część *capsulae internae*. Ponieważ, jak widzieliśmy, ograniczając drażnienie lub zniszczenie, można wywołać drgawki lub porażenie jednej tylko kończyny lub nawet pewnych mięśni tej kończyny, przyjąć więc należy, iż przyrząd ten złożony jest z kilku mniejszych, kierujących ruchami pewnych grup mięśniowych, tak zwanych ośrodków ruchowych. Dotychczas znanymi są u człowieka ośrodki a) dla mięśni kończyny dolnej [ $\frac{1}{3}$  górna zawojów wstępujących], b) dla mięśni kończyny górnej [ $\frac{1}{3}$  średnia tychże zawojów], c) poniżej takowych leży ośrodek dla mięśni dolnych twarzy, mięśni języka i części ruchowej nerwu trójdzielnego [mięśnie żwacze, skrzydlaste i t. d.]. Niektórzy zakreślają większe granice dla przyrządu ruchowego, co jest prawdopodobnem, gdyż doświadczenia na zwierzętach i obserwacje u człowieka dowodzą, iż i inne mięśnie ciała [szyjowe, oczne, krtaniowe i t. d.] cierpią przy zniszczeniach kory mózgowej, lecz bliższych szczegółów o tem nauka obecnie nie daje. Prawdopodobnem tylko jest, iż najbliższe zawoje, a mianowicie podstawy zawojów czołowych i ciemieniowych, biorą także czynny udział w czynności ruchu. Na jedną jeszcze okoliczność w tem miejscu musimy zwrócić uwagę. Porażenia mięśni powycięciu aparatu ruchowego są u królika nieznaczne i przechodzą po pewnym czasie bez śladu, są one silniejsze i trwalsze u psa, a zupełne i stałe u małpy i człowieka. Wynik ten, w czasie gdy doświadczenia robiono tylko na zwie-



rzędach niższych, dał powód do przypuszczenia tak zwanych zastępstw, to jest z uwagi, że porażenie mięśni po pewnym czasie przechodziło, sądzono iż pozostałe części, a mianowicie najbliższe zniszczonej, przez nadmiar czynności zastępują w czynności części zniszczone [HITZIG], lub że zastępstwo to przyjmują na siebie symetryczne miejsca drugiej półkuli mózgowej [SOLTMANN]. Przekonano się jednak, iż porażenie było również przemijającym, gdy powtórnie wycięto miejsce okoliczne lub jednocześnie symetryczne miejsca na obu półkulach. Skoro nadto badania porównawcze u zwierząt wykazały, iż im zwierzę jest wyższej organizacji tem porażenie ruchu jest silniejszym i trwalszem, a klinika nauczyła, iż u człowieka zniszczenie chorobowe w obrębie aparatu ruchowego pociąga zawsze porażenie ruchu nieuleczalne, porzucono teorię zastępstw. Sekcyja w przypadkach chorobowych u człowieka, które jakoby miały przemawiać za „zastępstwem czynności“, pokazała, iż zniszczonymi były części otaczające aparat ruchowy, ten więc w początkach cierpienia mógł cierpieć tylko pośrednio [ucisk, zmiana warunków krążenia, *inhibitio*]. Badania FRANCOIS-FRANCK'a i PIRRES'a stwierdziły, iż zaburzenia ruchowe po zniszczeniu kory aparatu mózgowego są proporcjonalne do objętości pęczka piramidального. Brak ich u zwierząt, których mózg nie ma takowego [ptaki, ryby], są lekkie i przechodnie u zwierząt których pęczek piramidalny jest cienki [królik, pies, kot], a ciężkie i trwałe u istot których pęczek ten jest znacznej objętości [małpa, człowiek]. U małpy i wyższych zwierząt po zniszczeniu *zonae motoriae corticalis* ginie w 96 godzin pobudliwość włókien białych nerwowych poniżej miejsca zniszczonego leżących [w tyleż godzin ginie pobudliwość w nerwie odciętym od ośrodka jego troficznego] i następuje ich zwyrodnienie t. z. następcze lub wtórne (*degeneratio consecutiva s. descendens*), tak, iż uważają komórki nerwowe istoty szarej korowej za ośrodek odżywczy [troficzny] tych włókien. Patologija stwierdziła to samo u człowieka. Zwyrodnienie to objawia się za życia stałym przykurczeniem (*contractura*) odpowiednich mięśni. Jeśli u zwierząt zniszczyć częściowo tylko istotę szarą korową, np. na wysokości ośrodka kończyny przedniej, to ginie pobudliwość tylko we włóknach białych poniżej tego ośrodka leżących i one tylko ulegają zwyrodnieniu następczemu—dowód, między innymi niezależności czynnościowej włókien białych, dowód istnienia „umiejscowień ruchowych“ w *centrum ovale*.

II. Aparat czuciowy tworzą: 1) istota szara zawojów potylicowego i skroniowego, 2) włókna białe od nich idące, 3) część tylna torebki wewnętrznej. U człowieka drażnienie w obrębie tego aparatu wywołuje halucynacje wzrokowe i słuchowe, co zaś do ruchów [drgawek] mięśni, to bywają niekiedy, nigdy jednak nie napadają one stale pewnych grup mięśniowych, jak przy drażnieniu w obrębie aparatu ruchowego, lecz są zależne, jak wszelkie ruchy zwrotnego [refleksyjnego] pochodzenia od drażnienia nerwu czuciowego. Zniszczenie aparatu czuciowego pociąga za sobą zaburzenia w sferze zmysłów. I ten aparat, podobnie jak i ruchowy, składa się z kilku mniejszych, bo zniszczenie pewnych jego miejsc wywołuje zaburzenia wzrokowe, a innych słuchowe. Dotychczas znane są tylko 2: a) ośrodek wzrokowy — zraz potylicowy, b) ośrodek słuchowy — zraz skroniowy.



Fig 1.



Fig 4.

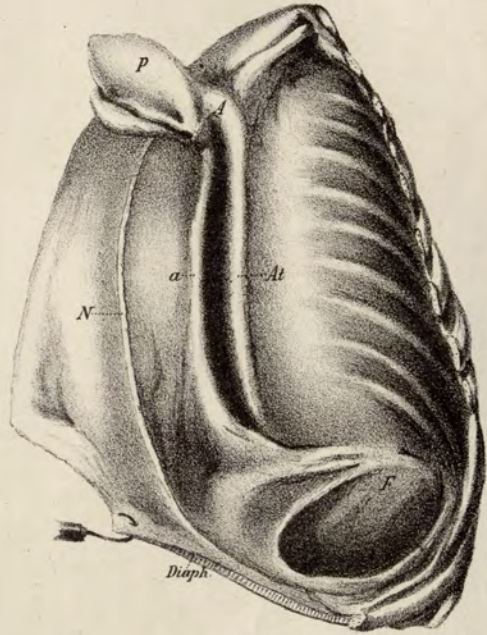


Fig 3.

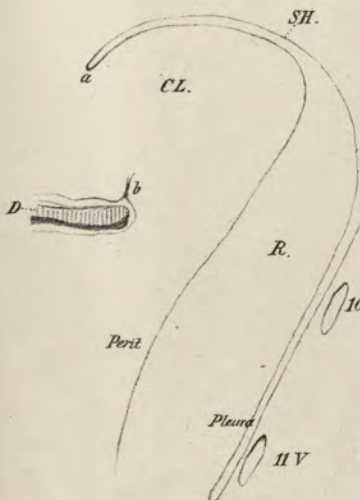
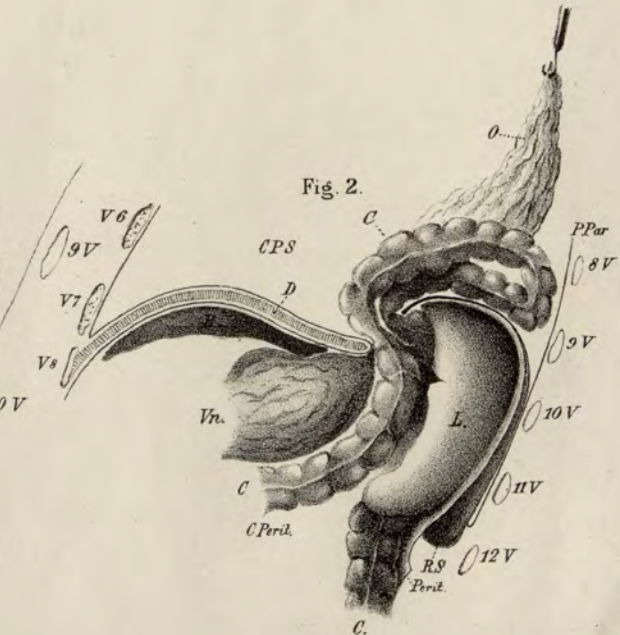


Fig 2.





Najlepiej znanym jest aparat wzrokowy. Doświadczenia fizjologiczne stwierdziły istnienie jego u zwierząt [pies, kot, małpa], a klinika u człowieka. Faktem nie ulegającym wątpliwości jest, że u człowieka każda półkula mózgowa jest w związku z obydwoma oczami, prawa — z prawymi połowami, lewa — z lewymi połowami siatkówek. Nie cały zraz potylicowy jest fizjologicznie równoznaczny. Część jego, a mianowicie 1-szy górny zawój potylicowy i *cuneus* [część klinowata tego zrazu na powierzchni wewnętrznej półkuli leżąca] jest miejscem, w którym następuje uczucie wrażeń świetlnych (*optisches Wahrnehmungsfeld*) idących od danego przedmiotu; cierpienie ich jednostronne wywołuje ślepotę połowiczną obu ócz (*hemianopsia bilateralis homonyma*), zniszczenie tych zawojów na obu półkulach mózgowych powoduje ślepotę połowiczną podwójną, to jest ślepotę zupełną (*amaurosis*). W pozostałej części zrazu potylicowego ma miejsce zapamiętywanie odczutyh poprzednio wrażeń wzrokowych, to też po zniszczeniu jej, chory widzi, lecz nie rozpoznaje przedmiotów i ludzi, nie może sobie tłómaczyć, nie może duchowo oceniać doznanych na siatkówce wrażeń, nie ma z czem porównywać nowych wrażeń; jest to tak zwana ślepota duchowa lub psychiczna (*Seelenblindheit, cécité psychique*), o której jeszcze niżej będzie mowa. Nie dowiedzionem jest, aby u człowieka cierpienie jednostronne mózgu było powodem zupełnej ślepoty tylko jednego przeciwnego oka (*amblyopia cruciata*); obserwacyjom, które na dowód możliwości takiej zmiany bywają przytaczane, zarzucić można brak dokładnego badania perymetrycznego pola widzenia. Widziano u człowieka przy cierpieniu zrazu potylicowego utratę uczuwania barw (*achromatopsia*), oddzielnie lub z przytoczonymi dopiero co zaburzeniami wzrokowymi, lecz nic bliższego o tej władzy i o jej umiejscowieniu powiedzieć jeszcze nie można. Wreszcie, jak to już nadmieniliśmy, przy drażnieniu chorobowem zrazu potylicowego u człowieka występować mogą omamy [hallucynacje] wzrokowe (np. *photopsia*), które są równoznaczne z drgawkami lub padaczką zależną od drażnienia w okolicy aparatu ruchowego. Wrażenia świetlne do zrazu potylicowego zostają doprowadzone przez pęczek włókien białych, które przebiegłszy przez nerw wzrokowy, *tractus opticus*, wzgórkę czworacze i *pulvinar thalmi optici*, wchodzą do części najwięcej ku tyłowi leżącej torebki wewnętrznej, a ztąd jako t. z. pęczek GRATIOLETA do zrazu potylicowego.

Mniej niż o wzrokowym, wiemy o ośrodku słuchowym. Niewątpliwem tylko jest, iż znajduje się on w zrazie skroniowym. Drażnienie chorobowe w tem miejscu zdradza się u człowieka omamami słuchowymi (np. *tinnitus aurium*). Zniszczenie jednego zrazu wywołuje głuchotę czasową ucha przeciwnego, zniszczenie obu zrazów pociąga głuchotę zupełną i trwałą.

O ośrodkach powonienia i smaku nie wiemy nic pewnego. FERRIER je umiejscawia w zawojach dolnej powierzchni mózgu.

O czuciu skórnem i mięśniowem będzie mowa poniżej. Tu tylko nadmienimy, iż Niemcy twierdzą, iż ono jest dotkniętem zawsze jednocześnie z ruchem przy cierpieniu *zonae motoriae*, Francuzi zaś i Anglicy są za odrębnem umiejscowieniem ich ośrodków. Wedle NOTHNAGEL'a ośrodek dla czucia mięśniowego, to jest dla „*Vorstellungen von der Lagerung und Bewegungen*“, jest w zawoju ciemniowym górnym. Cierpienie na tej wysokości ma powodować bezład (*ataxia*),



bez porażenia ruchu. Faktem niezaprzeczonym, z kliniki poczerpniętym, jest, iż cierpienie istoty korowej zrazu potylicowego, skroniowego i znacznej części czołowego, nie wywołuje zaburzeń w czuciu skórny.

Jedną z najciekawszych czynności półkul mózgowych u człowieka jest rola, jaką mózg pełni w powstawaniu mowy. Rzucić one mogą światło i na naturę innych, zwłaszcza ruchowych, czynności mózgowych. Tak zwany „ośrodek mowy“ wykryty został i ogólnie przyjęty na kilka lat przed odkryciem FRITSCH'a i HIRTZIG'a. Pierwszy BOUILLAUD [1825] wskazał, iż zaburzenia mowy występują tylko przy cierpieniach przednich zrazów półkul mózgowych; później MARC DAX [1836] zwrócił uwagę, iż do tego potrzebną jest tylko lewa półkula mózgu, a wreszcie BROCA [1861] umiejscowienie ośrodka mowy posunął jeszcze dalej, a mianowicie stwierdził, iż znajduje się on na podstawie dolnego [trzeciego] zawoju czołowego lewego (*pars opercularis*), który na jego część nazwany został zawojem BROCA'i, a ośrodek — ośrodkiem BROCA'i. Późniejsze badania anatomokliniczne wykazały, iż pogląd BROCA'i na ośrodek mowy i utratę mowy (*aphasia*), która to utrata jest następstwem zniszczenia tego ośrodka, jest zbyt ciasny, bo nie tłumaczy wszystkich napotykaných zbroczeń mowy. Zasługi na tem polu największe położyli KUSSMAUL i WERNICKE.

Człowiek mówiący, to jest oddający dźwiękami uczłonkowanemi pewne pojęcia powstałe w jego umyśle, musi znać przedewszystkiem „słowo“ wyrażające to pojęcie. Uczy się go przez słuchanie innego człowieka mówiącego, naśladowanie i zapamiętanie usłyszanego wrażenia w tej części kory mózgowej, w której kończy się nerw słuchowy, co, jak dziś już wiemy, ma miejsce w zawoju skroniowym górnym lewym, tak zwanym zawoju WERNICKE'go, a mianowicie w  $\frac{2}{3}$  tylnych jego częściach [NAUNYN]. Aby te zapamiętane wrażenia słuchowe oddać na zewnątrz, miejsce to, zwane ośrodkiem WERNICKE'go, musi być połączone za pomocą włókien nerwowych [assocyjacyjnych] z miejscem, z którego wychodzą pobudzenia do ruchu mięśni warg, języka, podniebienia i t. d.. Zadanie to spełnia ośrodek BROCA'i, który leży blisko ośrodka mięśni języka i twarzy, zajmujących, jak widzieliśmy, najniższą część *gyri praecentralis*. Ponieważ dla wyrobienia głosek, ruch mięśni artykulacyjnych jest bardzo złożony, ośrodek BROCA'i jest ośrodkiem koordynującym ruchy tych mięśni. Łatwo pojmiemy, iż u człowieka który już poprzednio mówił, zniszczenie ośrodka BROCA'i wywoła niemożność oddania wyrazami danego pojęcia; chory słyszy i rozumie słyszane, w umyśle jego powstają nadal jak i przedtem pojęcia, oddać ich tylko mową nie może. Porusza on i wykonywa jak najdokładniej ruchy mięśniami służącemi do mowy [wargi, język i t. d.], zginęła tylko pamięć ruchów potrzebnych do wymawiania. Utrata ta może być zupełna lub częściowa. Chory taki nie może nie tylko dobrowolnie wymawiać, lecz nie może powtarzać usłyszanych przez niego i zrozumianych wyrazów, lub w lekkich przypadkach cierpienia, odbywa to wadliwie, niedokładnie. Taka postać niemoty zowie się ruchową (*aphasia motoria s. atactica*). Widzimy więc z tego, iż *aphasia* nie jest żadnem porażeniem ruchowym, jest to tylko jak się wyraża CHARCOT: „*perte de la mémoire des associations musculaires qui sont nécessaires à l'émission de la parole*“, lub krócej mówiąc „*amnésie partielle motrice*“, lub jak się wyrażają autorowie niemieccy „*Ausfall der Sprach-*



*bewegungsvorstellungen*“. Przy cierpieniu ośrodka WERNICKE’go, dowolnie chory mówi dobrze, nadto słyszy on, bo nerw słuchowy nie przestał przenosić doznanych wrażeń do swego ośrodka mózgowego, lecz nie rozumie tego, co się doń mówi, nie może powtórzyć usłyszanego; jest to tak zwana niemota słuchowa, lub głuchota wyrazowa (*aphasia sensorica*) [WERNICKE], *Worttaubheit* [KUSSMAUL], *aphasia acustica* [NAUNYN], *aphasie sensorielle, surdité verbale, surditas verbalis*). Wedle wyrażenia autorów niemieckich niemota słuchowa jest „*Ausfall der Erinnerungsbilder der gehörten Wörter*.“

Badania anatomo-kliniczne wykazały, iż w pewnej liczbie przypadków *aphasiae*, zawoje BROCA’i i WERNICKE’go były zdrowe, a zniszczeniu uległo miejsce, gdzie zawój ciemieniowy dolny lewy przechodzi w zraz potylicowy (t. z. *gyrus angularis, pli courbe*). Cierpienie w tem miejscu powoduje tak zwaną niemotę wzrokową, lub ślepotę wyrazową (*Wortblindheit, aphasia optica* [NAUNYN], *cécité verbale, coecitas verbalis*), cechującą się tem, iż chory chociaż dobrze widzi, nie rozumie jednak co czyta, nie rozumie drukowanego ani pisanego. W okolicy tej utrwalają się specjalnie obrazy graficzne. Prócz mowy, do wyrażania myśli człowiek posilkować się może mimiką i pismem. Tak jak mowa, tak samo przy cierpieniach półkul mózgowych może ginąć władza mimiczna (*amimia*) i pisania (*agraphia*). Podstawa anatomiczna amimii nie jest dotąd znana. Agrafię zdaniem niektórych autorów [np. CHARCOT] ma powodować cierpienie podstawy zawoju czołowego średniego [drugiego] lewego, leżącego w sąsiedztwie ośrodka ruchów kończyny górnej prawej. Przy agrafii mięśnie ręki prawej nie są sparaliżowane, bo chory może nią wykonywać wszystkie ruchy tak jak zdrowy, ginie tylko możność harmonizowania ruchów biorących udział w akcie pisania, to jest następuje utrata pamięci specjalnych ruchów. [C. d. n.]

## II. CZTERY NOWE PRZYPADKI PRZEPUKLINY PRZEPONOWEJ (*hernia diaphragmatica*)

z ogólnemi uwagami o tejże chorobie.

Napisał

**D-r Edward Przewoski.**

[Dalszy ciąg — Patrz Nr. 38].

**IV przypadek.** Dziecko płci żeńskiej, należące do zbioru anatomii patologicznej Warszawskiego Uniwersytetu. W spisie zbioru nie ma żadnej wzmianki o pochodzeniu tego indywiduum.

Jest to dziecko małe i z budowy dosyć słabe. Tłuszczu w tkance łącznej podskórnej nie wiele. Mięśnie wiotkie. Układ kostny i nerwowy nie przedstawiają żadnych zbroczeń w rozwoju.

Zaznaczyć należy, że dziecko to ma jeszcze zupełnie świeżą, grubą i wcale nie zmienioną pępowinę.

Po otworzeniu jamy klatki piersiowej i brzusznej w ogólnym rysie przedstawia się oku taki sam obraz jak w przypadku poprzedzającym. Również przez otwór w lewej połowie mocno obniżonej przepony, przechodzi ogromna masa trzew brzusznych do jamy lewej opłucnej, gdzie wszystkie trzewa miejscowe



ulegają zgnieceniu i odepchnięciu na prawo. W niektórych jednak szczegółach przypadek ten przedstawia się inaczej i dlatego zasługuje na opis.

Co się tyczy najpierw przepony, to na pierwsze wejrzenie brakuje jakby całej jej lewej połowy. Otwór jest ogromny i prawie zupełnie okrągły, z zaokrąglonym, równym, gładkim brzegiem, nad którym lewa opłucna zlewa się z otrzewną. Żadnego worka przepuklinowego przy tym otworze nie ma.

Bliższe poszukiwanie dowodzi, że istotny brak w przeponie nie jest zbyt wielki. Nie ma tylko tych pęczków mięsnych, które poczynają się od IX i X żebra, a także brakuje odpowiedniej części lewego listka ścięgnistego. Otwór więc w przeponie ograniczony jest od tyłu przez pęczki mięsne przyczepiające się do jedenastego żebra, a od przodu przez pęczki mięsne powstające na ósmym żebrze. Na prawidłowej przeponie, przy sztucznym wykrajaniu oznaczonej części, byłby to brak trójkątnego wycinka z podstawą zwróconą ku zewnątrz, ale u badanego dziecka brak został rozciągnięty we wszystkich kierunkach i przybrał postać koła. Przytem pęczki mięsne leżące bezpośrednio w brzegach otworu są trochę grubsze od innych, wchodzących w skład przepony.

Przez otwór w przeponie przeszły do jamy lewej opłucnej następujące narządy:

1. Lewa połowa lewego zrazu wątroby. Godnem jest przy tem uwagi to, że wchodząca do klatki piersiowej część wątroby, zaginając się prawie pod kątem prostym do góry na wewnętrznym brzegu otworu przeponowego, ulega w odpowiednim miejscu znacznemu zanikowi od ucisku. Zależnie od wskazanego ucisku lewy zraz wątroby jest w kierunku z przodu ku tyłowi podzielony na dwie zupełnie odwężone części, trzymające się siebie za pomocą cienkiej warstwy pozostałych tkanek. Odwężona część lewego zrazu wątroby robi wrażenie jakby narządu dodatkowego. Pozostała zaś w jamie brzusznej wątroba zajmuje topograficznie górną powierzchnią właściwe sobie miejsce, ale dolna jej warstwa przeciągnięta jest na lewo, tak, że wnęka wątroby leży bliżej linii pośredkowej, niż to być powinno w prawidłowym stanie.

2. W jamie lewej opłucnej znajduje się cały żołądek z krzywizną wielką zwróconą ku górze, a dolną ku dołowi, cała dwunastnica z trzustką, cała kiszka cienka, kiszka ślepa z wyrostkiem robaczkowym, cała okrężnica wstępująca i poprzeczna. Wyciągnięta dolna część przelyku, przechodząc do jamy brzusznej przez swój fizjologiczny otwór w przeponie, zagina się zaraz pod tym otworem na lewo i do góry w postaci litery **U** i wchodzi przez nieprawidłowy brak w przeponie do jamy lewej opłucnej. Przewód żółciowy wspólny jest mocno wyciągnięty, w przybliżeniu około dwa razy dłuższy i wchodzi do leżącej tuż nad otworem w przeponie dwunastnicy. Wraz z dwunastnicą przesunęła się do jamy piersiowej i trzustka. Kiszka ślepa leży wysoko nad otworem w przeponie i ma bardzo długą i bardzo ruchomą kręzkę. W jamie lewej opłucnej jest także górny koniec okrężnicy zstępującej. Wraz z kiszkami uległ mocnemu przemieszczeniu do góry i na lewo cały układ żyły wrotnej. Oprócz opisanego przemieszczenia, sam przewód kiszkowy zależnie od wyciągnięcia wydaje się miejscami nieco zwężony, zresztą nie szczególnego nie przedstawia.

3. Nakoniec do jamy lewej opłucnej przeszła cała sieć wielka i śledziona, która jest blisko o połowę mniejsza, biała, bez innych zmian widocznych.

Skutkiem wymienionej wędrówki trzew brzusznych jama otrzewnej opróżniła się znacznie. Pozostały w niej tylko:

1. Wątroba prócz lewej połowy lewego zrazu.
2. Obie nerki z nadnerczami, z przewodami wyprowadzającymi i pęcherzem moczowym.
3. Dolna połowa kiszki grubej zstępującej, z mocno wyprostowanym przez wyciągnięcie rzymskiem **S** i odbytnica. Odbytnica zawiera jeszcze smółkę (*meconium*).



4. Nareszcie narządy płciowe żeńskie, które podobnie jak cały przyrząd moczowy nie uległy żadnej zmianie miejsca.

Taka masa narządów brzusznych, dostawszy się do jamy lewej opłucnej, wywołała w klatce piersiowej zmiany większe, niż w przypadku poprzedzającym.

Najpierw płuco lewe jest zupełnie spłaszczone, płacuszkwate i odparte do góry i ku wewnątrz. Ma ono wielkość mniej więcej małego orzecha laskowego. Pod drobnowidzem okazuje ono budowę takiego płuca, jakie jeszcze nie oddechało, pęcherzyki powietrzne bowiem są małe, okrągławe, wysłane dosyć wysokim wielościennym, jednowarstwowym nabłonkiem, a ściany pęcherzyków pozostały grube, w optycznym przecięciu bardzo szerokie. Innych zmian anatomicznych płuco to nie przedstawia.

Płuco prawe jest także małe, jakkolwiek w stosunku do wielkości płuca lewego, jeszcze bardzo duże. Płuco prawe zajmuje tylko tylną połowę jamy opłucnej prawej. Prawie wszędzie płuco to ma wygląd płuca nierozdętego powietrzem, w górnym zrazie zaledwie widać w niem pod drobnowidzem pęcherzyki powietrzne rozciągnięte.

Przednio-tylna, śródpiersiowa przegroda klatki piersiowej jest w tym przypadku nierównie więcej przepchnięta na prawo, niż w przypadku poprzedzającym. Dobrze rozwinięte serce zajmuje tu przednią połowę prawej strony klatki piersiowej i jest bezpośrednio przyparte do samej jej ściany. Toż samo są względnie silnie przesunięte na prawo główne naczynia krwionośne, grasica, tchawica w dolnym końcu, przełyk i t. d.. Opisana wyżej przepuklina podłukowa (*hernia subaortica*) jest w tym przypadku rozwinięta bardzo mocno. Także więc widać tu głęboki i szeroki nieckowaty worek, powstały skutkiem wielkiego wypuklenia się na prawo dwóch listków opłucnej, obejmujących śródpiersie tylne. Worek ten jak poprzednio mieści się pod łukiem aorty i nad przeponą, pomiędzy przełykiem od przodu, a aortą piersiową zstępującą od tyłu. Worek także zapełniają trzewa brzuszne, wchodzące od jamy lewej opłucnej.

Porównawszy ze sobą opisane powyżej cztery przypadki przepukliny przeponowej, widzimy, że każdy z nich przedstawia się więcej lub mniej różnie. Różnice zachodzą pod względem topografii, szczegółów anatomicznej budowy, jakości narządów przechodzących przez otwór przepuklinowy i t. d.. Różnice będą nie mniejsze, jeżeli porównać nasze przypadki z innymi znanymi w literaturze. Ponieważ zaś zrozumieć dokładniej pojedyncze przypadki, a głównie ich powstawanie, można tylko w drodze takiego porównania, przeto w krótkich słowach postaramy się zrobić to poniżej.

Przedewszystkiem jednak powinienem zaznaczyć, że zmiany anatomiczne, zarówno w naszych czterech przypadkach, jak i innych podciąganych pod nazwę przepukliny przeponowej, wcale nie są jednorodne. Nie wszystko są to przepukliny w ścisłym znaczeniu tego wyrazu. W jednych bowiem trzewa brzuszne przez otwór w przeponie przemieszczają się do worka przepuklinowego; a w drugich przez takiż otwór przeponowy wpadają wprost swobodnie do jamy opłucnej. Jeżeli ostatniego rodzaju wypadnięcie trzew ma miejsce na powierzchnię zewnętrzną skóry, to taką zmianę nazywamy nie przepukliną, ale wypadnięciem trzew (*prolapsus viscerum*, np., *prolapsus intestinorum*, *hepatitis*, *lienis* i t. d.). Tu wszakże, przy analogicznym wypadnięciu trzew do jamy opłucnej, przyzwyczajono się nie robić podobnych odróżnień dlatego, że trzewa wypadają nie na swobodną powierzchnię ciała, ale do zamkniętej głębokiej jamy. Niezawodnie nie



jest to słuszne i z tego względu wprowadzono nazwę inną. Mianowicie jeżeli trzewa brzuszne przechodzą do worka przepuklinowego, to zowią to przepukliną prawdziwą (*hernia vera*), a jeżeli wpadają wprost do jednej z jam surowicznych klatki piersiowej to przepukliną fałszywą (*hernia falsa seu spuria*). A zatem z opisanych przez nas przypadków dwa pierwsze należą do przepuklin prawdziwych, a dwa drugie do przepuklin fałszywych.

Dołączywszy nasze cztery przypadki do opisanych dotąd przepuklin przeponowych, otrzymujemy następujący wynik liczebny:

1. LACHER wraz ze swemi trzema przypadkami wylicza przepuklin przeponowych . . . . .	276
2. THOMA dołącza do tego cztery nowe swoje i dziesięć zebranych z literatury, czyli . . . . .	14
3. Ja zebrałem jeszcze do ostatniej chwili z literatury <sup>1)</sup> przypadków	15

<sup>1)</sup> Te przypadki są następujące :

1) FRIEDRICH AHLFELD. Dziewczynka donoszona. Otwór w lewej połowie przepony. W jamie lewej opłucnej żołądek, kiszka, śledziona. Jednocześnie wleczą paszcza i niedorozwój narządów płciowych. [Die Missbildungen des Menschen. Leipzig. 1882, pag. 186].

2) FR. AHLFELD. Dziecko dojrzałe [chłópczyk]. Wielki otwór w lewej połowie przepony z tyłu. Tamże, pag. 186.

3) HJELT O. i LINDEN K. Mężczyzna 21 lat Upadł z 50 stóp na nogi. Półksiężycowy otwór w przeponie, [7 etm. średnicy], który wyglądał jako rozszerzenie *foraminis oesophagei*. W lewej jamie opłucnej żołądek, *duodenum*, część *ilei*, *omentum majus*. [Ett fall af hernia diaphragmatica. Tinskö läk-sällsk's. Vol. 23. pag. 36, 1882 r.].

4) F. BRANCACCIO. Mężczyzna 51 lat. Kilkanaście pchnięc nożem i upadek z wysokości dwóch metrów. Brak w *centrum tendineum* 5½ etm. w średnicy. W jamie lewej opłucnej żołądek i trzecia górna część *duodeni*. [Un caso di ernia diaframmatica. II Morgagni, 1888, pag. 508].

5) WEED G. A. Mężczyzna 40 lat. Ciężkie upadnięcie. Pęknięcie w lewej połowie przepony. W lewej opłucnej *colon transversum*, część *coli descendens* i żołądka. Wymienione narządy pływały w ropie, zapelniającej jamę lewej opłucnej, która komunikowała się ze światłem kiszkki grubej. [Diaphragmatic hernia. Philad. med. and surg. Report. 1883, pag. 647].

6) GLEESON. Wyrobnik. Uderzenie kołem. Pęknięcie w lewej połowie przepony. W jamie lewej opłucnej *jejunum*, *omentum majus* i pętlica poprzecznięcy. [Case of diaphragmatic hernia. Bost. med. and surg. Journ. 1884. Nr. 20].

7) v. HOROCH. Mężczyzna. Pchnięcie nożem. Otwór w lewej połowie przepony. W jamie lewej opłucnej część otwartego żołądka. [Allg. Wiener med. Zeitung. 1884. Nr. 50, 51, 52 i 53].

8) GUTTMANN. Kobieta 42 lat. Otwór w lewej połowie przepony. W jamie lewej opłucnej żołądek, *colon transversum*, pętlice kiszkki cienkiej, lewy zraz wątroby. [Deutsch. med. Wochenschrift. 1884 r. Nr. 14].

9) FLÖCK. Dziewczynka 6 miesięczna. Otwór w tylnej części prawej połowy przepony. W jamie prawej opłucnej cała kiszka cienka, *coecum* i *colon ascendens*. [Ein Fall von Hernia diaphragmatica congenita. Diss. Bonn. 1885].

10) SICK. Robotnik 20 lat. Otwór w tylnej części lewej połowy przepony. W otworze lewa nerka i lewe nadnercze. [Berliner klin. Wochenschrift. 1886. Nr. 20].

11) BRODOWSKI WŁ. Żołnierz, lat 75. *Hernia oesophagea vera*. W worku żołądek. [Pamiętnik Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego. Tom 71, pag. 538. 1875].

12) GALASSI GIUSEPPE. *Hernia diaphragmatica*, *Occlusio interna*. Lapaotomija bez odnalezienia miejsca zaciśnięcia kiszkki. Znaieziono je przy autopsyi w przepuklinie przeponowej. [Ernia diaphragmatica. Lo Sperimentale. Marso. 1885].



4. Doliczam nareszcie obecnie opisane przezemnie cztery przypadki . 4  
 Skutkiem czego liczba ogólna przepuklin przeponowych wzrasta do . 309  
 W liczbie tych 309 przepuklin przeponowych będzie:

- |    |                                  |      |
|----|----------------------------------|------|
| a) | przepuklin prawdziwych . . . . . | 36   |
| b) | przepuklin fałszywych . . . . .  | 273. |

Na jedną więc przepuklinę przeponową prawdziwą przypada około 8 przepuklin fałszywych.

W szczególności wymienione 309 przepuklin przeponowych rozkładały się topograficznie jak następuje

I) na 36 przepuklin prawdziwych było:

- |    |                                      |     |
|----|--------------------------------------|-----|
| a) | z lewej strony przypadków . . . . .  | 20  |
| b) | z prawej strony przypadków . . . . . | 16. |

Z tego widać, że w topograficznym rozkładzie przepuklin prawdziwych nie ma wielkiej różnicy pomiędzy stroną prawą a lewą. Lewa strona nieco tylko przeważa. Inaczej wypada ten stosunek przy przepuklinach fałszywych.

Przy ściślejszem oznaczeniu miejsca przepuklin prawdziwych znajdujemy:

- |    |   |    |
|----|---|----|
| a) | zaraz za dolną częścią mostka pomiędzy przyczepami mostkowym a żebrowym przepony z lewej strony przypadków dwa, a z prawej strony przypadków 9, razem . . . . . | 11 |
| b) | za tylną częścią przepony, pomiędzy jej przyczepem kręgowym a żebrowym z lewej strony przypadków 6, a z prawej przypadek jeden; razem . . . . .                 | 7  |
| c) | jako kopolaste wpuklanie się ku górze obszernej części lewej połowy przepony ze znacznem jej ścięciem, przypadków . . . . .                                     | 7  |
| d) | przez otwór przełykowy lub tuż obok tego otworu przypadków . . . . .  | 4  |
| e) | przez ścięgniastą prawą połowę przypadków . . . . .   | 4  |
| f) | przez ścięgniastą lewą połowę przypadek . . . . .   | 1  |
| g) | przepuklin prawdziwych bez oznaczonego bliżej miejsca przypadków . . . . .  | 2  |

II) Na 273 przepuklin fałszywych było:

- |    |  |     |
|----|--|-----|
| a) | z lewej strony przypadków . . . . .  | 234 |
| b) | z prawej strony przypadków . . . . .   | 37  |
| c) | dwa przypadki jako brak dwustronny; to jest raz jeden jako dowiedziony, całkowity brak przepony i raz jako dwustron- |     |

13) SKLIFASOWSKIJ. *Hernia diaphragmatica. Incarceratio*. Laparotomija z nieodnalezieniem jej umiejscowienia, które przy badaniu pośmiertnem okazało się w przepuklinie przeponowej. [Otczot chirurgicznej kliniki prof. SKLIFASOWSKIEGO — także Medicinskoje Obozrienie. 1886. Nr. 5].

14) CAYLA. *Hernia diaphragmatica*. [Société anatomique. Séance du 28. IX. 1885 r. Le progrès méd. 8 aout. 1885].

15) DIETZ E. Mężczyzna lat 60. Spadł z drzewa i krowa go pobodła. Brak w lewej połowie przepony bez worka. W lewej opłucnej żołądek i znaczna część *coli transversi*. [Neue Beobachtungen über die Hernien des Zwerchfels. Diss. inaug. 1881].



ny brak <i>speculi Helmonti</i> u siedmioletniego chłopca, razem przypadków . . . . .	2
Z lewej strony otwór przepukliny fałszywej stanowił:	
a) całkowity brak lewej połowy, przypadków . . . . .	9
b) wielki otwór w lewej połowie . . . . .	22
c) mały otwór w lewej połowie przypadków . . . . .	203
Ten mały otwór w lewej połowie przepony mieścił się jak następuje:	
a) z przodu za mostkiem pomiędzy przyczepem mostkowym a żebrowym . . . . .	3
b) z tyłu za przeponą pomiędzy jej przyczepem lędźwiowym a żebrowym . . . . .	3
c) na miejscu otworu przełykowego . . . . .	11
d) na miejscu otworu nerwu sympatycznego lewego . . . . .	1
e) w tylnej części lewej połowy . . . . .	8
f) w części mięsnej bez bliższego oznaczenia okolicy . . . . .	15
g) w lewej części ośrodka ścięgniętego . . . . .	36
h) w lewej połowie przepony bez ściślejszego określenia miejsca . . . . .	69
i) jako rany od postrzału, pchnięcia ostrym narzędziem, pęknięcia po upadnięciu, uderzeniu i t. d. w różnych miejscach lewej połowy przepony . . . . .	57
Umiejscowienie braku w prawej połowie przepony było:	
a) całkowity brak prawej połowy . . . . .	4
b) wielki otwór w prawej połowie . . . . .	6
c) mały otwór w prawej połowie . . . . .	27
Ten mały otwór w prawej połowie znajdował się:	
a) z tyłu za przeponą pomiędzy jej przyczepem lędźwiowym a żebrowym . . . . .	3
b) w mięsnej części bez bliższego umiejscowienia . . . . .	5
c) w <i>centrum tendineum</i> . . . . .	7
d) bez dokładniejszego oznaczenia miejsca . . . . .	9
e) jako rany od postrzału i t. d. . . . .	3

Z tego, niezawodnie wiele do życzenia pozostawiającego pod względem dokładności, topograficznego zestawienia przepuklin przeponowych fałszywych widać, że na jedną taką przepuklinę prawostronną wypada przeszło sześć z lewej strony. Dalej sądząc z przypadków opisanych nieco ściślej, myśleć należy, że liczebnie znacznie przeważa ilość przepuklin spotykanych na tylnych częściach przepony. Z miejsc zupełnie zaoszczędzonych znane są tylko dwa, a mianowicie otwory fizjologiczne, przepuszczające aortę i żyłę główną dolną. Nietykalność tych dwóch otworów objaśniają trudną ich dostępnością i ścięgniętą budową. Jeżeli jednak zwrócić uwagę na fakt, że przepukliny przeponowe tak prawdziwe jak i fałszywe stosunkowo często wydarzają się na *centrum tendineum*, to chyba przytoczone tłumaczenie nie wyda się zupełnie zadawalającym.

Dla dokładniejszego poznania właściwości rozmaitych przepuklin przeponowych i ułatwienia ich opisu, dobrze jest wszystkie je na podstawie umiejscow-



wienia podzielić systematycznie na pewne grupy. Uwzględniając grupy już wyróżnione, można przyjąć podział taki:

1. Przepukliny śródpiersiowe przednie (*h. mediastinicae anteriores*, LEICHTENSTERN), to jest takie, które przez trójkątne przestrzenie przepony pomiędzy przyczepami mostkowymi a żebrowymi dostają się do śródpiersia przedniego. Ze względu na położenie wchodowego otworu, przepukliny te bywają dwojakie, a w szczególności przymostkowe prawostronne i lewostronne (*Herniae parasternales dextrae et sinistrae*). Przy dalszym rozwoju wypuklają się one do jamy opłucnej prawej lub lewej.

2. Przepukliny śródpiersiowe tylne (*h. mediastinicae posteriores*, LEICHTENSTERN). Do nich zaliczyć należy takie, przy których trzewia brzuszne w worku lub bez worka wnikają do śródpiersia tylnego. Zdarza się to przy przepuklinach przez otwór nerwu sympatycznego, a także przy niektórych, prawdziwych przepuklinach przez otwór przełykowy, (*h. oesophageae*) i przez inne otwory leżące tuż przy kręgosłupie. Przy większym rozwoju wypuklają się one przeważnie do lewej opłucnej.

3. Przepukliny śródprzeponowe (*h. diaphragmaticae interstitiales*), gdy trzewia w worku lub bez worka wchodzą do samej jamy opłucnej. Takie przepukliny bywają prawo i lewostronne. Stosownie do położenia wchodowego otworu przepukliny te mogą być *a*) przyściennie, *b*) na przestrzeni mięśnia, *c*) na *centrum tendineum* i na koniec, *d*) zajmować wszystkie te oddziały razem. W ostatnim przypadku przepukliny są bardzo duże. Takie przepukliny prawdziwe THOMA nazywa *eventrationes diaphragmaticae*. Z tych przepuklin śródprzeponowych przyściennych można wydzielić jedną stale powtarzającą się grupę, jako.

4. Przepukliny zaprzeponowe (*herniae retro diaphragmaticae*), gdy trzewia brzuszne w worku lub bez worka dostają się do jamy opłucnej po za najwięcej ku tyłowi na prawo i lewo położonym przyczepem przepony [np. nasz przypadek drugi].

5. Nareszcie od wszystkich tych przepuklin odróżnić jeszcze należy te rzadkie przypadki, w których widziano brak całej przepony (*defectus totalis diaphragmae*), lub też brak całej jej połowy.

Dla przedstawienia ogólnego obrazu anatomo-patologicznego przepuklin przeponowych, najwygodniej opisać oddzielnie typ przepukliny prawdziwej i typ przepukliny fałszywej, nie biorąc najpierw pod uwagę przepuklin pochodzenia traumatycznego.

W każdej przepuklinie przeponowej prawdziwej odróżnić trzeba: otwór wchodowy, worek, zawartość i zmiany wywołane w narządach otaczających.

Otwór w przeponie prowadzący do worka przepuklinowego bywa rozmaitej wielkości: od nieznaczonej do takiej, że zajmuje prawie całą połowę przepony [np. przypadki CRUVEILHIER, THOMA i inne]. Postać otworu najczęściej zdarza się okrągła, lub okrągława, rzadziej daleko owalna, lub jajowata. Przy małych otworach brzeg otworu zwykle bywa okonturowany ostro, przy bardzo dużych, niekiedy mniej wydatnie, jakkolwiek zawsze jasno. Jeżeli otwór leży w ośrodku ścięgnistym przepony to brzegi jego są twarde, niepodatne, ścięgniste. W części



mięsnej przepony brzegi otworu zawsze trafiają się miększe, mniej odporne, dosyć rozciągliwe. Gdy otwór zajmował i ośrodek ścięgniasty i część mięsną, brzegi jego miały w odpowiednich miejscach budowę różną i dopiero co wskazaną. Jeżeli otwór wchodowy nie leży całkowicie na przebiegu przepony [jak np. w przepuklinach śródpiersiowych przednich i niektórych tylnych, a także przyściennych i zaprzeponowych], to brzegów jego nie tworzą wyłącznie składowe części samej tylko przepony. Po części przyczyniają się w tym razie do ich budowy te narządy, które w danej okolicy stanowią ścianę klatki piersiowej, a więc tylna powierzchnia wyrostka mieczykowatego i mostka, żebra, mięśnie międzyżebrowe, przednia powierzchnia kolumny kręgowej i t. d. Jeżeli wchodowy otwór powstał z rozszerzonego fizjologicznego otworu przepony, to prawidłowo przechodzący przezeń organ, jak np. przełyk, nerw sympatyczny i t. d., mocno przyciśnięty jest do jednego brzegu otworu przepukliny i z nim zrośnięty.

Prawie zawsze otwór przepukliny prawdziwej w przeponie wysłany jest przez wypukłą ku górze otrzewną ścienną. Inaczej bywa tylko w przepuklinach zaprzeponowych. Tu, jeżeli przez otwór przepukliny przechodzi tylko nadnercze i nerka, to jest on utworzony od przodu przez tylną część mięśnia przepony, a od tyłu przez ścianę klatki piersiowej i wszędzie pokryty przez luźną tkankę łączną, a także przez nią oddzielony od narządów przechodzących przez otwór. Jeżeli przez otwór takiej przepukliny wchodzi następnie jeszcze inne narządy, jak śledziona, kiszka i t. d., to one pchając przed sobą otrzewną ścienną, obciągają nią przednią część brzegu otworu przepukliny, gdy tylna część i teraz pozostaje niepokrytą [porównaj nasz przypadek drugi]. Gdy jednak zawartości przepukliny zaprzeponowej nie tworzy nadnercze i nerka, to brzeg cały wyściela otrzewna ścienna.

Otrzewna, która obejmuje brzeg otworu przepukliny, raz jest z tym brzeżem złączona dosyć luźno, innym razem zrośnięta mocno.

Co się tyczy worka przepuklinowego, to on także zależnie od swego topograficznego położenia przedstawia się rozmaicie. Najpierw wielkość worka waha się w dosyć obszernych granicach. Bywała ona od bardzo nieznacznej do wielkości pięści, do głowy dziecka, a nawet takiej, że np. prawie cała połowa przepony wypukła się ku górze w linii sutkowej do wysokości trzeciej przestrzeni międzyżebrowej i wyżej. Postać worka prawie zawsze jest okrągława, jajowata, wielościenna z zaokrąglonemi przejściami od jednej ściany do drugiej i t. d. Rozumie się, że w każdym danym przypadku na postać worka decydująco wpływa względna wielkość wchodowego otworu. Większy worek przy małym otworze zawsze musi wytworzyć rodzaj więcej lub mniej foremnej i całkowitej kuli, gdy tymczasem nawet duży worek przy stosunkowo znacznym otworze przedstawi się tylko w postaci odcinka takiejże kuli. Postać worka odstępuje od kształtu zupełnie zaokrąglonego przeważnie wówczas, gdy w swym rozwoju worek trafia z jednej lub więcej stron na narządy nie podatne, lub trudniej podatne, jak np. na ścianę klatki piersiowej, na aortę, na przełyk, na serce i t. d. W takich razach worek ulega w odpowiednim miejscu spłaszczeniu, wpukleniu, a nawet cały worek zwraca się swym ciałem i dnem w stronę mniej-



szego ciśnienia [to jest prawie zawsze od narządów niepodatnych do jamy opłucnej].

Budowa ścian worka przepuklinowego także w rozmaitych okolicach nie wypada jednakowo. W przepuklinach przymostkowych z prawej i lewej strony worek jest błoniasty, cienki i jeżeli jest mały, składa się wyłącznie tylko z samej wpuklonej ku górze otrzewnej, otoczonej przez luźną tkankę łączną, zawierającą czasami dosyć wiele tłuszczu. Gdy taki worek powiększy się znacznie, to ścianka jego od przodu może pozostać jak poprzednio, to jest złożona tylko z otrzewnej, ale w innych miejscach wypuklenie otrzewnowe dociera do opłucnej ściennej i osierdzia, odpycha te błony, zdwaja się nimi i przez to ścianka worka przepuklinowego składać się zaczyna w odpowiedniej części z dwóch błon surowicznych: otrzewnej i opłucnej lub otrzewnej i osierdzia, które prawie zawsze wyraźnie łączy luźna tkanka łączna. Takie same stosunki zachodzą przy wszystkich innych przepuklinach śródprzeponowych, przyściennych. Wyjątek w pewnym względzie stanowi tylko przepuklina zaprzeponowa. Tu, jak to już przedstawiono przy naszym przypadku drugim, gdy zawartość worka przepuklinowego stanowi tylko nerka i nadnercze, to ściana worka zbudowana jest jedynie z odepchniętej ku górze opłucnej ściennej, wysłanej od dołu przez luźną tkankę łączną, przez którą jednocześnie wewnętrzna powierzchnia worka połączona jest z zawartymi narządami. Jeżeli potem do takiego opłucnowego worka przepukliny zaprzeponowej dostają się inne narządy jak śledziona, kiszka i t. d., to budowa worka robi się złożoną. Worek staje się dwukomorowym. Tylno-wewnętrzna część worka [porównaj fig. 3] pozostaje mianowicie bez zmiany, a przednią tworzy opłucna zdwojona od dołu przez otrzewną ścianą. W tym ostatnim razie ta część otrzewnej, która wyściela przednią część worka, przechodzi następnie na tylną ścianę jamy brzusznej, przed znajdującą się w worku nerką i tym sposobem rozdziela jamę worka na dwie wyraźne komory (*saccus herniosus bilocularis*). Rzecz prosta, że jeżeli za tylnym przyczepem przepony przechodzą do klatki piersiowej nie nerka ale inne narządy, to worek przepukliny prawdziwej musi się składać z opłucnej i otrzewnej, połączonych przez luźną tkankę łączną. Worek na przebiegu mięśnia przepony składał się niekiedy z wyraźnych trzech warstw [CRUVEILHIER], a mianowicie od dołu z otrzewnej, od góry z opłucnej, a pomiędzy nimi z mocno ścięzonego i zmienionego mięśnia przepony. Ten mięsień zawsze znajdował się w stanie mocnego zaniku, tak że włókien mięsnych nie było już wcale, lub tylko były ich resztki. W tym zmienionym mięśniu, w przypadku opisanym przez CRUVEILHIER'a, jasno wyróżniały się białawe gałązki nerwu przeponowego, a nadto pojedyncze składowe błony worka łatwo można było oddzielić nożem. W przypadku MACAULEY'a ani włókien mięsnych, ani nerwów w ścianie worka nie było już wcale, a ściana jego składała się z pojedynczej cienkiej błony łączno-tkankowej. Worek przepukliny przełykowej w początku swego rozwoju dostaje się do luźnej tkanki łącznej zawartej w śródpiersiu tylnem, a potem rozrastając się wypukla się do jamy opłucnej. W dosyć dużej przepuklinie przełykowej, którą miałem możność badać, worek od dołu wyściela otrzewna, dalej ku górze tworzy ją rozciągnięty i zanikły mięsień przepony, następnie luźna tkanka łączna, którą po-



krywa z lewej strony wypukłona opłucna. Worki na ośrodku ścięgnistym mają utkanie zbitne, włókniste. Nigdy jednak ściana worka nie bywa gruba. Nawet w tych razach, gdy do budowy worka wchodzi i mięsień przepony, przez ścianę jego najczęściej przeświecają zawarte trzewia. [C. d. n.].

### OBJAŚNIENIE RYSUNKÓW.

Fig. 1. Rysunek półszematyczny przedstawia rozkład trzewiów klatki piersiowej, jamy brzusznej w naszym przypadku pierwszym. Ściana klatki piersiowej odjęta z przodu. *s* mostek, *p, p* płuca prawe i lewe, *c*, serce pokryte osierdziem, *a*, poprzecznicza zawarta w worku przepuklinowym, *h* *hepar. ca colon ascendens, cd colon descendens, it* kiszka cienka.

Fig. 2. Rysunek przedstawiający przecięcie równoległe do płaszczyzny pośrodkowej ciała i przeprowadzone nieco ku wewnątrz od linii sutkowej przez lewą połowę klatki piersiowej w przypadku drugim. V6 V7 V8 przecięcie żeber od przodu. 8V, 9V, 10V, 11V, 12V żebra przecięte od tyłu. *CPS. Cavum pleurae sinistrae. C Perit. Cavum peritonei. D* przepona, *H* lewy zraz wątroby. *Vn, ventriculus CCC colon. O omentum majus. L.* śledziona. *RS* nerka lewa. *Perit.* listek otrzewnej oddzielający w worku przepuklinowym nerkę i nadnercze lewe od śledziony kiszki grubej i sieci wielkiej. *PPar* opłucna ścienna.

Fig. 3. Rysunek szematyczny dla jasnego przedstawienia rozkładu opłucnej i otrzewnej, biorących udział przy wytworzeniu worka przepuklinowego przedstawionego na Fig. 2. 9V, 10V, 11V przecięcia żeber. *SH saccus herniosus. D diaphragma.* Od *a* do *b* przerwa w przedniej ścianie przedniej części worka, przez którą trzewia brzuszne wchodzą do klatki piersiowej; *a* brzeg przerwy, do którego przyrosło *colon* i *omentum*, *b* brzeg przerwy, na którym widać wyraźny kłaczkowaty ślad przerwy. *CL* przednia komora worka mieszcząca śledzionę, część *coli* i *omenti majoris*. *R* tylna komora mieszcząca nerkę i nadnercze lewe. *Perit.* Listek otrzewnej dzielący worek i od przodu zdwajający ścianę worka. *Pleura*, opłucna ścienna.

Fig. 4. Tylna część opróżnionej lewej połowy klatki piersiowej z naszego przypadku trzeciego. *Diaph* przepona. *F* otwór w przeponie po odprowadzeniu trzewów brzusznych do jamy otrzewnej. *P* płuco lewe. *N* *nervus phrenicus*. *A* *arcus aortae*, *a* fałda opłucnej opinająca się na przełyku. *At* Fałda opłucnej obejmująca na aortę piersiową zstępującą. Pomiedzy trzema ostatnimi narządami workowate wpuknięcie opłucnej stanowiące *herniam subaorticam*.

### Piąty zjazd lekarzy i przyrodników we Lwowie.

[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 34].

Równocześnie z sekcją wewnętrzną pracowały pozostałe, z których najczynniejszą była niewątpliwie chirurgiczna. Na jeden z odczytów tej sekcji zaproszono sekcję wewnętrzną i ginekologiczną. Postąpiono słusznie, bo temat interesował nie tylko chirurgów. Mówił prof. OBALIŃSKI „O laparotomii przy niedrożności jelit“. Szkoda tylko, że w środku odczytu [odczyt, co prawda, był niezmiernie długi] zawiadomiono, iż rozpoczęły się zajęcia na sekcjach, zaproszonych na odczyt chirurgiczny, i wielu słuchaczy opuściło salę. Profesor OBALIŃSKI skreślił obszernie historję laparotomii przy niedrożności kiszek, przytoczył zdania różnych towarzystw naukowych [angielskich, niemieckich i polskich] i przedstawił bogatą własną kazuistykę [33 operacje, z których 11 zakończonych wyzdrowieniem]. Prelegent jest zwolennikiem laparotomii rozpoznawczej i zarzuca terapeutom, iż zanadto zwlekają w przypadkach niedrożności kiszek z zawezwaniem pomocy chirurgów. Na to prof. KORCZYŃSKI, jako terapeuta, wypowiedział swoje *credo* co do danej kwestyi.



Najważniejszą jest rzeczą, powiada prof. K., rozpoznać, czy niedrożność jest funkcjonalną, czy też opartą na podstawie anatomicznej. Stanowcze rozpoznanie niedrożności czynnościowej pozostawia chorego w rękę terapeuty i daje mu pole do przepłukiwań żołądka, mięsienia, elektryzacyi, ławatyw wodnych i gazowych. Środki czyszczące stosować należy tylko oględnie [olej, kalomel], zato niezałować środków kojących. W razie najmniejszej wątpliwości należy wzywać chirurga. Niedrożność jelit jest tem polem granicznym, gdzie terapeuta wraz z chirurgiem winni się zjawiać razem i to od początku choroby przy łóżku chorego, by się wzajemnie wspierać radą i czynem. Kiedy rozpoznana została niedrożność kiszek na podstawie anatomicznej, trzeba być przygotowanym do wykonania laparotomii. Nigdy nie należy czekać z laparotomią jedynie dlatego, że charakter niedrożności anatomicznej nie jest rozjaśniony należyście, można bowiem oczekiwać się wtedy rozpoznania ścisłego.. na stole sekcyjnym. Najbiegłęjszy terapeuta tylko niekiedy jest w stanie rozpoznać naturę, a jeszcze rzadziej siedzibę niedrożności anatomicznej.

Kol. BOGDANIK okazuje niewielki kamyk żółciowy, który u 56-letniej kobiety wywołał objawy niedrożności kiszek. Objawy ustąpiły przez wydalenie kamienia przez odbytnicę. Kol. WEHR niebezpieczeństwo wyczekiwania ilustruje przykładem z własnej praktyki. Chory przed kilku dniami zjadł zimną kolację. Dostaje wymiotów i braku stolca. Bólów nie miał. Po przepłukaniu żołądka wymioty ustąpiły, ale stan się nie zmienił i olej rycynowy pozostał bez skutku. Zrobiono laparotomię, przez nacięcie kiszki wydobyto kopolit, który zatykał światło kiszki i był powodem niewielkich, wiśniowego koloru odleżyn w górnej części kiszki. Operacja trwała 20 minut, powikłań nie było. Chory umarł na 2 dzień przy objawach zapalenia otrzewnej z przedziurawienia.

Chirurgii brzusznej poświęcono kilka jeszcze odczytów. I tak: kol. BARĄCZ mówił: „O radykalnej operacji przepuklin w uwzględnieniem kastracyi przy przepuklinach wrodzonych“ i O resekcji jelit w dwóch przypadkach przepuklin więzgniętych i zgorzelą dotkniętych. Kol. OBTUŁOWICZ, przedstawiał 69 ctm. kiszki wyciętej 30-letniej kobiecie z powodu zaniedbanego wypadnięcia pętli kiszkowej z przepukliny pępkowej. Z powodu zapalenia zlepnego nie można było myśleć o odprowadzeniu kiszki. Wytworzyła się przetoka kiszkowa, którą z czasem udało się kol. OBTUŁOWICZOWI ze skutkiem zaszyć. Tenże kol. O. przedstawił preparat części kiszki grubej i cienkiej wglębionej i wydalonej z kałem przez 13-letniego chłopca. Była to *invaginatio ileo-colica* [najczęściej zaś spotykamy *ileo-coecalis*].

Kol. WEHR przedstawił chorych i preparaty po wycięciu kiszek zgorzeli-nowych [8 przypadków — 2 wyzdrowienia]. Wywiązała się długa dyskusya na temat, jak należy postępować w razie zgorzeli kiszek. Prof. RYDYGIER a zanim inni radzą resekować, jeżeli chory jest silny i przypadek wczesny; w przeciwnym razie zalecają enterostomię.

Wreszcie prof. RYDYGIER wypowiedział „Kilka uwag o cięciu podbrzusznem wewnątrz otrzewnem“, rzecz, która w całości będzie drukowaną później. Wynikiem długiej dyskusyi była myśl, że chociaż powszechnie dziś używana *sectio alta* prowadzi zwykle do celu, to jednak metoda RYDYGIER'a dająca najlepszy dostęp do tylnej ściany i dna pęcherza zaleca się do wypróbowania w praktyce, mianowicie przy nowotworach pęcherza, umiejscowionych w tych okolicach.

Z innych galezi chirurgii poruszano następujące kwestyje:

O leczeniu poprzecznych złamań rzepki [D-r BOGDANIK z Białej]. Nowy sposób leczenia ran po oparzeniu. Prof. RYDYGIER, ma-



jąc świeżo w pamięci śmierć prof. WRÓBLEWSKIEGO, przedstawia niebezpieczeństwo ogólnego zakażenia wynikłe z zatrzymania się ropy pod zgorzelinowemi płatami skóry i proponuje, aby zaraz w pierwszych dniach po oparzeniu wyciąć spalone płaty skóry, ranę zeszyć, a braki skóry pokryć sposobem plastycznym. Prof. R. robił w tym celu doświadczenia na psach z dobrym wynikiem. Kolega STANKIEWICZ znów przekonał się, że u psów tłustych nawet małe ubytki skóry nie dają się wyrównać przez jej naciągnięcie. Tegoż zdania jest i prof. OBAŁIŃSKI. Kol. WEHR przemawia za transplantacją skóry na mocy przypadków, widzianych przez niego u THIERSCH'a.

O leczeniu wola przez podwiązanie tętnic tarczyczkowych. Prof. RYDYGIER używa sposobu DROBNIKA, który uważa za najpewniejszy co do oszczędzania włókien nerwu sympatycznego i co do odnalezienia *art. thy. inf.*

O chirurgicznym leczeniu epilepsji za pomocą podwiązania tętnic kręgowych. Kol. BARĄCZ wykonał tę rzadką operację na trzech chorych. U jednego z nich podwiązał obie tętnice. Pierwszy chory, operowany w Marcu, dotychczas nie miał napadu [miewał je co miesiąc], u dwóch innych wystąpił jeden lekki napad po operacji. W jaki sposób operacja działa korzystnie, nie wiadomo. Być może przez obrażenie nerwu sympatycznego [u chorych po operacji występuje zwięźlenie źrenicy i *ptosis*]. Operację tę wykonał ALEKSANDER 35 razy [w 16 przypadkach bez skutku]. W dyskusji prof. RYDYGIER radzi dłuższą obserwację dla wyrokowania o skuteczności operacji. Kol. PRUS przypuszcza, że korzystny efekt operacji polega na ujęcie w ligaturę gałązki nerwu sympatycznego, przebiegającego wraz z tętnicą kręgową, napad bowiem epileptyczny przychodzi prawdopodobnie do skutku na drodze odruchowej z nerwów czuciowych na gałązki nerwu sympatycznego. Tym sposobem można sobie wytłómaczyć powroty padaczki w parę miesięcy po operacji, w niektórych przypadkach [BERNAYS'a np.] nerwy prawdopodobnie regenerują się i zrastają. Wobec tego kol. PRUS proponuje przecinać tętnicę między dwiema ligaturami, albo dokonać wycięcia nerwu sympatycznego. Wogóle wszyscy zgadzają się, aby operację wykonywać *in extremis*. [W przypadkach kol. BARĄCZA chory przemysliwał o samobójstwie].

O wynicowaniu pęcherza mówił kol. STANKIEWICZ, przypadek ten znamy z posiedzeń Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

O nowej metodzie operacyjnej polipów nosopolypowych mówił kol. BARĄCZ, który odczyt swój drukował w Gazecie.

Nakoniec kol. Z. KRAMSZTYK na sekcji chirurgicznej wypowiedział swój odczyt z dziedziny okulistyki „O wyciskaniu ziarn jaglicowych“, wraz z okazaniem odpowiedniego przyrządu [szczypeczki zakończone obrączkami].

Na pierwszym posiedzeniu sekcji chirurgicznej prof. RYDYGIER podniósł myśl założenia Towarzystwa chirurgów polskich z siedzibą w Krakowie i corocznem zebraniem się na dwa dni. Zjazd I miałby miejsce podczas otwarcia nowobudującej się kliniki. Projekt ten przyjęto gorącemi oklaskami.

Sekcja medycyny teoretycznej nie cieszyła się licznym współudziałem członków, ale wykładów naukowych zgłoszono tyle, że zapełniono niemi kompletnie trzy posiedzenia tej sekcji, a nawet kilka wykładów nie przyszło do skutku z powodu braku czasu.

Mówił d-r OBRZUT, asystent pr. HLAVY z pragi „O zapaleniu nerek hemoragicznem“. Ciała czerwone, przemieniając się w masę szklistą dają początek walczkom. Zwyródnienie szkliste kłębków MALPIGHI'ego zawdzięcza swój początek wybroczynom w torebce i organizacyi tych wybroczyn w masę szklistą. Zwyródnienie skrobiowe (*amyloid*) jest tylko odmianą zwy-



rodnienia szklistego. Sciana naczyń włosowatych ulega zwyrodnieniu nie pierwotnie lecz następczo.

D-r PIOTROWSKI przytoczył wyniki doświadczeń, które dowodzą, że pobudliwość nerwów jest zupełnie odrębną od przewodzenia stanu czynnego. Rozdział obu tych własności wspólny jest także mięśniom.

P. BECK, stud. med. z Krakowa, przedstawił własne doświadczenie o pobudliwości różnych miejsc tego samego nerwu, z których wynika, że pobudliwość części obwodowych jest większą niż w częściach środkowych.

Pp. CZAPLIŃSKI i ROZNER mówili o drogach któremi tłuszcz i mydło dostają się z kiszek do ogólnego obiegu krwi. Tłuszcz dostaje się częścią do komórek, częścią do przestrzeni między-komórkowych. Z tych ostatnich tłuszcz dostaje się wprost do przestworów limfatycznych tkanki adenoidalnej, z komórek zaś wnika najpierw do przestworów między i pod komórkowych, a ztamtąd dopiero do przestrzeni limfatycznych.

Prof. KADYI opisał niektóre nieprawidłowości korzeni nerwów krzyżowych u człowieka z okazaniem preparatów. Nieprawidłowości te, niekiedy pozorny brak niektórych korzeni znajdował prof. K. tylko na nerwach krzyżowych i podnosi morfologiczne ich znaczenie jako objawu postępowego marnienia dolnych [ogonowych] odcinków rdzenia pacierzowego ludzkiego. Prawdziwy brak korzeni, jaki opisał prof. ADAMKIEWICZ, według K. nigdy się nie zdarza.

D-r PRUS przedstawił wyniki doświadczeń dokonanych przez siebie w pracowni CORNIL'a o zmianach wątroby pod wpływem środków termicznych i chemicznych. Zmiany te polegają na bujaniu komórek najpierw wątrobowych, potem komórek tkanki łącznej, nabłonków naczyń żółciowych i krwionośnych. Komórki wątrobowe zamieniają się na komórki nabłonkowe dróg żółciowych. To ostateczne zdanie wywołało zarzut ze strony d-ra OBRZUTA, który przypomina, że embryjologia wykazuje przeciwnie: przemianę komórek nabłonkowych w komórki wątrobowe.

Tenże d-r PRUS mówił o regeneracji tkanki mózgowej. Wynikami badań COEN'a prelegent przeciwstawia własne, które dowodzą, że tkanka mózgowa odradza się bardzo łatwo, że rany mózgu goją się zupełnie dobrze, że kawałki mózgu przeszczepione królikowi z jednej półkuli na drugą zwykle się dobrze przyjmowały.

D-r KULCZYCKI wygłosił odczyt „O tętnicach skórnych psa“ z demonstracją bardzo pięknych preparatów. Jest to rzecz podobno dotychczas przez nikogo nie poruszana.

Prof. CYBULSKI w odczycie swoim twierdzi, że t. zw. ciała nerwowe ADAMKIEWICZA są poprostu znanymi ciałkami SCHWANN'a. W protoplazmie otaczającej ciało SCHWANN'a znajdują się ziarenka lub kulki myeliny, które przy zabarwieniu safraniną barwią się na pomarańczowo. [C. d. n.]

A. Puławski.

---

Do dzisiejszego N-ru Gazety Lekarskiej dołącza się bezpłatnie dla wszystkich prenumeratorów tablicę litografowaną, do pracy D-ra PRZEWOŚKIEGO.





# APTEKA

Magistra Farmacyi

## W. KARPINSKIEGO

w WARSZAWIE

ulica Elektoralna Nr. 39.

Poleca następujące wina lecznicze, wyrabiane na maladze wyborowej:

- Wino Rabarbarowe czyste, pół butelki 2 rs. 25 kop.
- „ „ z korą chin królewskiej, pół butelki 2 rs. 25 kop.
- „ Chinowe czyste, pół butelki 1 rs. 20 kop.
- „ „ z żelazem, pół butelki 1 rs. 50 kop.
- „ z Chiną i z Kakao (vin de Bugeaud) pół butelki 1 rs. 50 kop.

N a d t o:

- Proszek Rabarbarowy chiński, w pudełkach z odpowiednią łyżeczką, pudełko po 6) kop. — 100 kop. i po 120 kop.
- Wino pepsynowe, na winie francuzkiem, białem (z pepsyną wypróbowanej dobroci), jedna część pepsyny na 50 części wina. Pół butelki 2 rs.
- Tamar-Indien, cukierki rozwalniające, mego wyrobu z kwasnemi daktylami. Jeden cukierek użyty na noc, a najwyżej dwa, sprawiają rano obfite wypróżnienie bez bólesci. — pudełko (12 sztuk cukierków) 75 kop.
- Tran lekarski oczyszczony } Cena względna do cen handlowych.
- „ „ zwyczajny }
- „ z żelazem, z jodkiem żelaza, z bendzwinianem żelaza, butelka po rs. 1.
- Oleum ricini koussinatum comp. Środek wypróbowanej dobroci przeciwko soliterowi, zawiera w składzie swoim pierwiastki: paproci, koussu i korzenia granatu, cena doży rs. 2.

Uważam za pożyteczne nadmienić, że wyborne działanie Win Rabarbarowych mego wyrobu, przy zatłkaniu trzew brzusnych, w cierpieniach hemoroidalnych, w chorobach serca, kongestjach do głowy u osób nerwowych, osłabionych, blednicą i niedokrwistością dotkniętych, jako też u dzieci do rozwolnienia skłonnych, a na chorobę angielską (rachityczną) cierpiących, wielokrotnie stwierdzone zostało.

10—7

W. Karpinski.

ULICA MIRONOWSKA Nr. 3.

Zakład leczniczy D-ra Römplera

dla chorych piersiowych w Görbersdorfie na Szląsku.

zaleca z pomyslnym skutkiem dla kuracyi zimowej wielki nowo wybudowany ogród zimowy. pecyjalna manipulacyja w chorobach krtani. 6—4