

KRONIKA LEKARSKA

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

O PRZEPUKLINIE PRZEDOTRZEWNOWEJ.

Napisał

B r o n i s ł a w S a w i c k i

asystent kliniki chir. szpit.

(*Dalszy ciąg* ob. Nr. 3).

P r z y c z y n y.

Chociaż wielu autorów starało się wyjaśnić przyczyny powstawania przepuklin przedotrzewnowych, kwestyi tej dotąd nie można uważać za rozstrzygniętą. Jednym z pierwszych, który próbował rozstrzygnąć to pytanie, był Tessier ³²⁾. Zgodnie z jego poglądem worek pachwinowy lub udowy rozwija się najprzód. Wskutek gwałtownych prób odprowadzenia worek ten cały zostaje wepchnięty przez bramę przepuklinową pomiędzy powięź poprzeczną i otrzewną, gdzie stale przyrasta. Tymczasem brama przepuklinowa niedługo pozostaje wolna; wskutek napierania trzewiów nowa ilość otrzewnej wysuwa się przez nią na zewnątrz, tworząc nowy worek pachwinowy lub udowy. Teraz mamy już gotową przepuklinę przedotrzewnową, złożoną z dwóch worków. Ten sam pogląd podziela Gosselin w swych *Lçons sur les hernies abdominales* *).

Tłómaczenie powyższe, aczkolwiek bardzo proste, nie jest jednakże prawdopodobnem. Linhart i Krönlein słusznie zwrócili uwagę na to, że nieujęźnioną przepuklinę prawie niepodobna wepchnąć ryczałtem pomiędzy powięź poprzeczną i otrzewną; tymczasem uwięźniona przepuklina,

*) Na str. 22 powiada on: „Układ ten spostrzega się jako następstwo ryczałtowego odprowadzenia przepukliny. Worek przepuklinowy wskutek takiego odprowadzenia przemieszcza się do wnętrza brzucha, i tu powstające zrosty przytrzymują go na stałe. Następnie przez wolny otwór w ścianie brzusznej nowa ilość otrzewnej zostaje wypchniętą i w ten sposób powstaje nowy worek.“

w ten sposób odprowadzona, prędzejby spowodowała śmierć, aniżeli wytworzenie zrostów i nowego worka pachwinowego. To też inni autorowie, godząc się na to, że przepuklina przedotrzewnowa wytwarza się ze zwykłej przepukliny udowej lub pachwinowej wskutek czynników mechanicznych, przypuszczali jednakże, że wpływ tych czynników nie był tak gwałtowny, jednorazowy, lecz bardziej przewlekły, wielokrotnie się powtarzający. Niemieccy chirurgowie za autora tej teorii uważają Streubel'a, lecz już wcześniej o wiele myśl tę rzucił Cruveilhier. Opisując w swej anatomii patologicznej z r. 1816¹⁸⁾ (str. 304) *hernie en bissac* pod którą to nazwę podciąga on widocznie i przepuklinę przedotrzewnową, Cruveilhier powiada: „*Les Sacs en bissac*, zamiast tworzyć się z góry ku dołowi, mogą powstawać także z dołu ku górze wskutek niezupełnego odprowadzenia worka przepuklinowego, którego szyjka zwęziła się. Okoliczności, które takiemu procesowi towarzyszą, są następujące: ilekroć szyjka worka nie jest zbyt ciasna, siła ciśnienia, zastosowana w celu odprowadzenia, dzieli się zawsze pomiędzy samo odprowadzenie i odłuszczenie otrzewnej. Natomiast w tychrazach, w których szyjka worka jest zwężona, cała siła ciśnienia skierowuje się ku odłuszczeniu otrzewnej i wpychaniu części worka do wewnątrz brzucha. — Wskutek takich pozornych odprowadzeń szyjka worka oddala się powoli od pierścienia i przez pewien przeciąg czasu pozostaje w takim położeniu. Tymczasem część worka odpowiadająca teraz pierścieniowi włóknistemu, kurczy się, grubieje i tworzy środkowe przewężenie worka (*du bissac*)“.

Teoryja Streubla rozwinęła tylko i bardziej uzasadniła myśl powyższą.

Streubel także przypuszcza, że worek przedotrzewnowy rozwija się wskutek odłuszczenia się i przesunięcia do wewnątrz brzucha zwężonej szyjki worka pachwinowego lub udowego. Odłuszczenie takie powodują nieumiejętne próby odprowadzenia lub inne czynniki, o czym zaraz będzie mowa.

Samo zwężenie szyjki w kanale pachwinowym, zgodnie z poglądem Cloquet'a, powstaje w następujący sposób: na wyrostku pochwowym (*processus vaginalis*), gdy takowy przechodzi przez bramę przepuklinową, tworzą się fałdy, które następnie zrastają się i przekształcają w tkankę bliznowatą. Z czasem tkanka ta kurczy się, wskutek czego

szyjka przepuklinowa zwęża się, a otaczająca ją i przymocowywująca do ścianek kanału pachwinowego luźna tkanka łączna zanika. Takie bliznowate zwyrodnienie i zwężenie szyjki worka przepuklinowego może spowodować zupełne jego zarośnięcie to jest zupełne wyleczenie przepukliny. — Natomiast w innych razach, w których do zarośnięcia nie dochodzi, lecz powstaje tylko zwężenie, wytwarzają się, zdaniem Streubla, warunki, sprzyjające rozwojowi worka przedotrzewnowego. Wskutek zaniku luźnej tkanki, łączącej zwężoną część szyjki ze ściankami kanału pachwinowego, związek pomiędzy temi częściami znacznie się rozluźnia; szyjka worka staje się bardziej ruchomą i przemieszczalną. Zwłaszcza w okolicy pierścienia pachwinowego wewnętrznego, gdzie szyjka za pomocą luźnej tkanki zrasta się z twardym, niepodatnym pierścieniem, przemieszczalność ta jest mocno wyrażona. W takich warunkach każda próba odprowadzenia, każda przyczyna powodująca napieranie zawartości przepukliny na zwężone miejsce szyjki, osłabiać będzie coraz bardziej związek pomiędzy szyjką i pierścieniem, aż wreszcie szyjka odłuszczy się i przesunie do wnętrza brzucha. Teraz już bardzo łatwo może ścianka worka rozciągnąć się w jakimś miejscu pomiędzy szyjką i pierścieniem, wypuklić się, odłuszczyć otrzewnę ścienną i wcisnąć się wreszcie pomiędzy powięź poprzeczną i odłuszczoną otrzewnę.

Streubel wymienia trzy przyczyny, powodujące napieranie trzewi na zwężoną szyjkę i odłuszczenie takowej: 1) częste, nieumiejętne i w złym kierunku wykonywane próby odprowadzenia; 2) zły pasek przepuklinowy, jeżeli poduszeczka jego nie zamyka szczelnie całego kanału, lecz naciska tylko na pierścień pachwinowy zewnętrzny; 3) zatrzymanie się jądra w kanale pachwinowym w czasie zstępowania. Jądro takie zatrzymuje się przy obrączce zewnętrznej lub w samym kanale pachwinowym, i trzewia, zsuwając się do wyrostka pochwowego, napotykają zaporę, przeszkadzającą im dostać się do moszny. Nie mogąc opuścić się niżej, trzewia pozostają w kanale pachwinowym, napierają na pierścień pachwinowy wewnętrzny i powodują odłuszczenie szyjki.

Teoryja Streubel'a, dobrze pomyślana i objaśniająca wiele własności przepukliny przedotrzewnowej, znalazła licznych zwolenników. Ponieważ jednakże nie we wszystkich spotykanych wypadkach odłuszczenie i przesunięcie szyjki

można było objaśnić podaniem przez Streubel'a powodami, zaczęto przeto wskazywać na inne czynniki. Mosetig twierdził, że odłuszczenie szyjki może zrządzić każdy powód, zwężający i zamykający pierścień pachwinowy zewnętrzny, gdy tymczasem kanał pachwinowy i pierścień wewnętrzny pozostają otwarte. Pogląd ten o ile opiera się na wąskości samego kanału lub pierścienia zewnętrznego, jest dotąd nieuzasadniony, gdyż w żadnym wypadku takiego zwężenia nie znaleziono. O tyle może on mieć rację bytu, o ile ma na myśli zły pasek i przemieszczenie jądra, na co już Streubel wskazywał, lub też zatkanie otworu zewnętrznego siecią, wypełniającą worek mosznowy i zrosniętą ze ściankami jego, na co zwraca uwagę Matlakowski *).

Na zanotowanie zasługuje jeszcze tłómaczenie, podług którego odłuszczenie szyjki worka, a przynajmniej rozluźnienie związku szyjki z bramą przepuklinową powstaje wskutek pociągania, jakiego szyjka doświadcza w kierunku ku jamie brzusznej. Pociąganie to może powodować sieć, przyrośniętą do szyjki (Janzer) lub fałdy otrzewnej ściennej, łączące kątnicę z szyjką (Weiss **).

*) Matlakowski, znalazłszy oba worki wypełnione twardą, włóknisto zwyrodnioną siecią, która nadto przyrośnięta była do jądra na dnie worka mosznowego, tak tłómaczy powstanie worka przedotrzewnowego: „Ta ostatnia (to jest sieć) była tłokiem, który ze ściany szyjki worka przepuklinowego dawnego, nie mogąc spuścić się niżej z powodu zapchania worka przez dolny odcinek sieci, wybił boczne wypuklenie pod otrzewną.“

**) Janzer znalazł sieć przyrośniętą do zewnętrznej ściany szyjki worka pachwinowego. Wytworzenie worka przedotrzewnowego J. tłómaczy w ten sposób, że przyrośnięty sznurek sieci pociągał ściankę szyjki, aż wreszcie uniósł fałdę otrzewnej, co dało początek wypukleniu. Trudno jednakże przypuścić, by mało ruchoma sieć mogła tak mocno pociągać szyjkę; to też Krönlein, gorący zwolennik Streubel'a, jest tego zdania, że sznurek sieci co najwyżej mógł tylko rozluźnić związek szyjki z bramą przepuklinową. Tenże sam sznurek mógł jednak sprzyjać w inny sposób wytworzeniu wypuklenia: zwęzał on otwór brzuszny, podczas gdy kanał pachwinowy pozostawał wolny. Częste, a nieumiejętne próby odprowadzenia, dokonały reszty.

Podobny nieco do powyższego wypadek opisał i objaśnił Weiss (h. inguino-properitonealis). Znalazł on na sekcji, o czem wyżej już mówiliśmy, dwie fałdy otrzewnej, łączące kątnicę z tylną ścianką worka przedotrzewnowego, zwłaszcza wtenczas występujące wyraźnie, gdy napełniano kątnicę lub worek. Otóż W. przypuszcza, że, aczkolwiek główną przyczyną wypuklenia przedotrzewnowego było opóźnione zstąpienie jądra, jednakże dopomagały mu w tem czynnie wymienione fałdy. Wskutek rozděcia gaza-

To, iż tak często spotykano przepukliny przedotrzewnowe w związku z przemieszczeniem jądra, uważano za jeden z ważniejszych dowodów słuszności tłumaczenia Streubel'a. Wyżej już mówiliśmy, iż tłumaczono w ten sposób: jeżeli wyrostek pachwinowy pozostał otwarty, i jeżeli wypadające do niego trzewia spotykają przeszkodę w kanale pachwinowym pod postacią zatrzymanego tu jądra, to wtenczas napierają one na pierścień pachwinowy wewnętrzny i powodują odłuszczenie szyjki w razie, gdy takowa była luźno przymocowana. Obecnie M. Schmidt stara się inaczej objaśnić wskazany związek pomiędzy przepukliną przedotrzewnąwą i zboczeniami jądra, jak to wprędce zobaczymy.

Za drugi ważny dowód uważano tak często spotykane skierowanie worka przedotrzewnowego na zewnątrz. Kanał pachwinowy, mówi Wagner, ma kierunek od przodu, od dołu i od wewnątrz ku tyłowi, ku górze i na zewnątrz. Po większej części w tym samym kierunku wykonywają się próby odprowadzenia. Jeżeli próby te będą wykonywane często i nieostrożnie, przytem w kierunku bardziej ukośnym, to w końcu wytworzy się wypuklenie przedotrzewnowe, stanowiące niejako dalszy ciąg kanału pachwinowego, a zatem skierowane na zewnątrz ku kolcowi lub ku dołowi biodrowemu. Rzadsze o wiele wypadki, w których worek przedotrzewnowy skierowany był ku pęcherzowi lub do miednicy objaśnia W. w ten sposób: i tu główną rolę odgrywa częste, nieumiejętne i zupełnie na wspanak wykonywane odprowadzanie; zresztą pewne znaczenie mają tu także: ciśnienie wewnątrz-brzuszne, swoiste ruchy kiszki, oraz większa wiotkość, podatność otrzewnej na wewnętrznym i dolnym brzegu pierścienia pachwinowego wewnętrznego.

Z tem wszystkiem spotykano wypadki, i to niezbyt rzadko, których w żaden sposób nie można było podciągnąć pod objaśnienie Streubel'a. Zdarzało się, że chory paska nie nosił, przepukliny nigdy nie odprowadzał, jądra zawsze były na miejscu, nic nie zatykało pierścienia zewnętrznego, ani też nie pociągało szyjki ku jamie brzusznej, a pomimo

mi lub napełnienia kałem kątnicy fałdy podlegały napięciu i pociągały tylną część szyjki, która się przez to oddalała od przedniej i mocno napinała; sprzyjało to do pewnego stopnia wchodzeniu trzewi i rozciągnięciu szyjki worka.

to znajdowano worek przedotrzewnowy. Dobrze było jeszcze, jeżeli kwestyja dotyczyła przepukliny pachwinowo-przedotrzewnowej; wtenczas przypuszczano, że mogło być zatrzymanie jądra w dzieciństwie, czego chory nie zauważył. Wcześniej wytworzył się worek przedotrzewnowy, lecz jądro zstąpiło i worek do czasu nie dawał znaku o sobie; dopiero z czasem przy jakiejś okazji obadwa worki rozciągnęły się i otrzymały zawartość. Objaśnienie bądź co bądź naciągnięte i niczem nie poparte. Jak tu jednakże objaśnić taki wypadek, opisany przez Weissa:

Kobieta lat 72, nigdy o przepuklinie swej nie wiedziała, po raz pierwszy dostała objawów niedrożności i spostrzegła guz w przegubie pachwinowym. Operacyja i następnie dokonana sekcyja wykazały, że była to przepuklina udowo-przedotrzewnowa. Worek wewnętrzny musiał być wytworem niedawnej daty, gdyż ścianki jego były cienkie. W takich wypadkach teoryja Streubel'a okazuje się bezsilną.

Krönlein przypuszcza, że podobne wypadki należy tłumaczyć za pomocą teoryi Bär'a i Linhart'a, o której teraz pomówimy.

Teoryja Bär'a i Linhart'a opiera się na spostrzeżeniu zrobionem przez wielu anatomów, że otrzewna może wytwarzać wypuklenia czyli uchyłki (diverticula) na różnych miejscach ścianki brzusznej. Otóż Linhart i Bär przypuszczają, że, jeżeli mniejszy lub większy taki uchyłek otrzewnej ściennej znajduje się w okolicy kanału pachwinowego lub udowego, to może stać się, iż jedna ze ścianek uchyłka wypukli się i wyjdzie na zewnątrz przez odpowiedni kanał, tworząc w ten sposób worek zewnętrzny. W takim przeto razie jeden podobny uchyłek otrzewnej położony w pobliżu kanału, sam może wytworzyć obadwa worki: wewnętrzny i zewnętrzny.

Bär przypuszcza jeszcze drugą możliwość: obadwa worki (zewnętrzny i wewnętrzny) powstają zupełnie oddzielnie, niezależnie jeden od drugiego; powiększając się coraz bardziej, zbliżają się one zczasem do siebie, aż wreszcie zleją się w jeden worek podwójny, o jednym wspólnem ujściu brzuszmem. W podobnych więc wypadkach wrodzony uchyłek otrzewnej, znajdując się w okolicy kanału, zlewa się z istniejącym już poprzednio workiem przepuklinowym

i przekształca się w worek wewnętrzny nowowytworzonej przepukliny przedotrzewnowej.

Uchylki czyli wypuklenia otrzewnej na ścianie brzusznej spotykało wielu autorów (Linhart, Baer, Rokitański, Gruber i inni). Powstają one zdaniem Rokitańskiego, w skutek nadmiernego rozwoju (Bildungsübermass) otrzewnej, zatem są wrodzone. Przy oględzinach pośmiertnych spotykano je nieraz, zwłaszcza u osobników starszych, w obudwu okolicach pachwinowych, przy wierzchołku pęcherza, wreszcie w obudwu dołach biodrowych. Czasami spotyka się ich po kilka na raz, przytem różnej wielkości. Zwykle wymiary ich wahają się pomiędzy ziarnkiem bobu i orzechem włoskim, spotykano jednakże wypuklenia nawet wielkości jabłka. W ostatnim razie uchylek może tworzyć prawdziwą przepuklinę wewnętrzną, zawierającą trzewia i niekiedy powodującą nawet uwięźnięcie.

Linhart i Bär podobne przepukliny zawierające uwięźnięte trzewia spotykali w małej miednicy obok pęcherza. Linhart nazwał je przepuklinami pozaotrzewnowymi (herniae retroperitoneales).

Nic w tem nie ma dziwnego, że podobny uchylek znalazłszy się w pobliżu kanału pachwinowego lub udowego, może wypuklić się do tego kanału, lub też połączyć z odpowiednim workiem przepuklinowym, jeżeli takowy istniał. Jako na dowód, że coś podobnego może mieć miejsce, Baer wskazuje na następujący spostrzegany przez siebie wypadek:

Obok wielkiej prawostronnej mosznowej przepukliny, która uwięźnięciem swoim śmierć spowodowała, znaleziono przy oględzinach pośmiertnych w dole podkątnicowym (fossa subcoecalis) wypuklenie otrzewnej wielkości jabłka. Wypuklenie to, leżąc w prawym odcinku małej miednicy, łączyło się szerokim otworem z jamą otrzewnej. Pomiedzy brzegiem, otaczającym ujście opisanego uchylka i pomiędzy pierścieniem pachwinowym wewnętrznym przebiegały dwie, 1½ cala wysokie fałdy otrzewnej, tworząc rodzaj rynienki. Rynienka ta łączyła zatem ze sobą obadwa worki, otwierające się zupełnie oddzielnie do jamy otrzewnej. Aczkolwiek z pozoru worki nie wiele miały wspólnego ze sobą, w gruncie rzeczy jednakże zachodził pomiędzy nimi związek bardzo ścisły. Jeżeli starano się rozszerzyć worek wewnętrzny, wtenczas zewnętrzny (przepuklinowy) zmniej-

szał się; odwrotnie, jeżeli rozciągano worek zewnętrzny, wtenczas fałdy napinały się i worek wewnętrzny stawał się mniejszy, płytszy. Worek przepuklinowy tak był ruchomy, że można go było prawie całkiem wciągnąć do jamy otrzewnej, rozszerzając mocno wypuklenie wewnętrzne.

Oczywista rzecz, że od podobnego obrazu do przepukliny przedotrzewnowej krok jeden tylko. To też Krönlein, aczkolwiek gorący zwolennik teorii Streubel'a, nie zapoznaje tej możliwości, lecz radzi podobnego pochodzenia przepukliny nazywać uchyłkowemi ściennie-pachwinowemi lub udowemi (*herniae diverticuli parieto-inguinales resp. parieto-crurales*). W ten sposób chce on odróżnić je od *herniae inguino resp. cruro-properitoneales sensu strictiori*, to jest takich, które rozwinęły się zgodnie z tłómaczeniem Streubel'a. — Obecnie, gdy tłómaczenie to zaczyna już nieco tracić grunt pod nogami, rozróżnianie takie nie ma racji bytu, tem bardziej, że zupełnie wykształcona przepuklina przedotrzewnowa wyjątkowo chyba tylko może wylegitymować się ze swego pochodzenia. Zresztą sam Krönlein, przypuszczając, że tą drogą rozwinęły się prawdopodobnie przepukliny przedotrzewnowe w wypadkach Fiebersa, Wahla i Bära, (XII, XV i XLIX), zalicza je jednakże do przepuklin przedotrzewnowych.

Zarówno Krönlein, jak i inni autorowie, przypuszczając możliwość wytworzenia się przepukliny przedotrzewnowej z wrodzonych uchyłków otrzewnej, nie przytaczali jednakże w tej kwestyi żadnych innych dowodów nad to, co podał Bär i Linhart. Tymczasem za takie dowody, przemawiające na korzyść omawianej teorii, mogą służyć, zdaniem mojem, obadwa wypadki Weissa, o których mieliśmy już sposobność kilkakrotnie wspominać. Jeden z tych wypadków, dotyczący przepukliny pachwinowo-przedotrzewnowej, może być uważany, o ile mi się zdaje, za dalszy ciąg przemiany tylko co opisanego obrazu Bära. Wyżej już wzmiankowaliśmy, że Weiss znalazł na sekcyi z fałdy otrzewnej, łączące kątnicę z tylną ścianką worka, wtedy zwłaszcza występujące wyraźnie, gdy pociągano worek lub kątnicę. Fałdy, $2\frac{1}{2}$ cala wysokie, $1\frac{1}{2}$ cala długie i $\frac{1}{2}$ cala odległe od siebie, tworzyły rynienkę podobną do tej, o jakiej Bär mówi. Bardzo być może, że pierwotnie stosunki były tu podobne do tych, jakie znaleziono w tamtym wypadku; z czasem jednakże wypuklenie w fossa subcoecalis stopnio-

wo zmniejszało się, aż wreszcie znikło; natomiast powstało wypuklenie na drugim końcu rynienki, tworzące worek przedotrzewnowy. Do kwestyi tej raz jeszcze powrócimy, gdy będziemy się starali wypowiedzieć swój pogląd na wszystkie wygłoszone dotąd teoryje.

Nie mniej interesujący jest drugi wypadek Weissa (przepuklina udowo-przedotrzewnowa). Wyżej już mówiliśmy, że wypadek ten dotyczył 72 letniej kobiety, której przepuklina po raz pierwszy wypadła i podległa uwięzieniu. Na sekcyi znaleziono, że ścianki worka przedotrzewnowego były bardzo cienkie (stark verdünnt). Sama chora była mocno wyniszczona, powłoki skórne wiotkie, obwisłe, od lat 7-miu prolapsus uteri. Zestawiwszy powyższe dane ze spostrzeżeniem Rokitańskiego, że uchyłki otrzewnej przeważnie spotykają się u starych, musimy przyznać, iż według wszelkiego prawdopodobieństwa worek przedotrzewnowy rozwinął się tu z takiego uchyłka. Prawdopodobnie w okolicy kanału udowego od urodzenia już znajdowało się niewielkie wypuklenie, które jednakże początkowo pozostawało bez znaczenia. Gdy przyszła starość, nastąpił zanik tkanki tłuszczowej i tkanki łącznej podsurowiczej, a wtenczas uchyłek zaczął się powiększać. Wypuklając się stopniowo, przedostał się on do kanału udowego; i teraz potrzeba już było tylko mocniejszego wysiłku (maglowanie bielizny w danym razie) by wywołać całą katastrofę. Że worek przedotrzewnowy rozwijał się od niedawna, wskazuje na to cienkość jego ścianek. Wypadek ten, którego Weiss nie mógł sobie wcale objaśnić, tłómaczy się bardzo łatwo w sposób powyższy.

Z teoryją Bära i Linharta wiąże się tłómaczenie Richtera; przepuklina pachwinowo-przedotrzewnowa powstaje, zdaniem jego, wskutek silniejszego rozwoju plicae epigastricae lub plicae vesico-umbilicalis. Fałdy te, zazwyczaj lekko tylko zaznaczone, bywają niekiedy mocno rozwinięte, twarde i niepodatne. W takich razach każda z nich może sprzyjać wytworzeniu się uchyłka otrzewnej, który następnie przekształca się w worek przedotrzewnowy.

W ostatnich czasach powstała jeszcze jedna teoryja, objaśniająca wytworzenie worka przedotrzewnowego. Teoryja ta opiera się na zboczeniach w rozwoju kanału pachwinowego i dotyczy tylko przepuklin pachwinowo-przedotrzewnowych.

Już Trendelenburg ⁵⁾, nie mogąc doszukać się w swoim wypadku żadnego z podanych przez Streubel'a czynników, zrobił przypuszczenie, że przepuklina pachwinowo-przedotrzewnowa rozwija się z wrodzonego podwójnego worka przepuklinowego. Pod tym względem można ją porównać z wodniakiem brzuszny dwujamistym (*Hydrocele abdominalis bilocularis*). Odmianę taką wodniaka czyli puchliny worka jądrowego (*hydrocele testis et funiculi spermatici*) spostrzegał u dzieci i opisał Kocher. W podobnych wypadkach także znajduje się worek podwójny; jedna część jego leży w mosznie, druga zaś w ścianie brzusznej. Stosunki anatomiczne są tu bardzo podobne do tych, jakie znajdujemy w przepuklinie pachwinowo-przedotrzewnowej. Główna różnica polega na tem, że w przepuklinie worek podwójny łączy się z jamą brzuszną, gdy tymczasem w wodniaku otwór łączący worek z jamą otrzewnej, zupełnie zarósł.

Pomiędzy *hydrocele abdominalis bilocularis* i *hernia inguino-properitonealis* zachodzi taki sam stosunek, powiada Trendelenburg, jaki widzimy pomiędzy prostym *hydrocoele testis et funiculi spermatici* i zwykłą *hernia congenita*. Ponieważ wodniaki dwujamiste spostrzegano u dzieci i uznano za wrodzone zбочzenie anatomiczne, przez analogię przeto i w przepuklinie pachwinowo-przedotrzewnowej upatruje Trendelenburg wrodzoną nieprawidłowość. Jaki jest powód tej nieprawidłowości, Trendelenburg nie określił. Dopiero M. Schmidt popróbował rozwiązać to zagadnienie.

Teoryja Schmidta ⁹⁾ opiera się na zбочniach położenia wyrostka pachwinowego (*processus vaginalis*) i tą drogą stara się wytłómaczyć przyczynę powstawania przepuklin śródściennych i pachwinowo—przedotrzewnowych. Z embryjologii wiadomo, że drogę jądra, po której ma ono zstępować do moszny, bardzo wcześnie już zaznaczają więzadło pachwinowe i wyrostek pochwowy ^{*}).

*) Czuje się w obowiązku przypomnieć tu czytelnikowi niektóre fakty embryjologiczne, dotyczące rozwoju jądra i wyrostka pachwinowego. Czytnię to jeynie z tej przyczyny, że w wykładach kwestyja ta zazwyczaj jest pomijana, podręczniki zaś, jeżeli nawet o nią potrącają, często ją przedstawiają mylnie.

Zgodnie z opisem podanym przez Kölliker'a ³⁵⁾ (str. 398) i Henle-go ³⁶⁾ (t. 2 str. 358), sprawa w ogólnych zarysach tak się przedstawia: w pią-

Jeszcze jądro znajduje się w pobliżu kręgów lędźwowych, gdy już powstaje wypuklenie otrzewnej na tem miejscu przedniej ścianki brzusznej, gdzie trafiło więzadło pachwi-

tym lub szóstym tygodniu życia zarodka na przednio-wewnętrznej powierzchni nerki pierwotnej czyli ciała Wolffa zaczyna rozwijać się gruczoł płciowy, z którego później ma wytworzyć się jądro lub jajnik. W jakimś czasie potem zjawia się na otrzewnej fałda przebiegająca od dolnego brzegu nerki pierwotnej a właściwie nawet od jej przewodu do okolicy pachwinowej przedniej ścianki brzucha. Fałdę tę Kölliker nazywa więzadłem pachwinowym nerki pierwotnej (Leistenband der Urniere). Już ku końcowi drugiego miesiąca gruczoł płciowy rozwija się na tyle, że można płęć rozpoznać; przytem zaczyna on zmieniać swe położenie. Tymczasem ciało Wolffa zanika, przewód jego, odpowiednio do płci przekształca się w przewód nasienny (vas deferens) lub także zanika, a więzadło pachwinowe nerki pierwotnej staje się teraz więzadłem jądra lub jajnika, które rozwinęły się na miejscu, gdzie była nerka pierwotna. Węzadło pachwinowe nerki pierwotnej, stawszy się więzadłem jądra, otrzymuje nazwę jądrovodu Hunter'a (gubernaculum Hunteri). U płci żeńskiej więzadło pachwinowe przekształca się z czasem w więzadło obły macicy (ligamentum uteri rotundum).

Jądrowód Hunter'a badany w trzecim, a tem bardziej w czwartym lub piątym miesiącu, przedstawia się jako sznurek włóknisty, od przodu i z boków pokryty otrzewną. Biorąc początek przy jądrze, przebiega on do okolicy pachwinowej. W tem miejscu przednie j ścianki brzusznej gdzie przymocowuje się jądrowód Hunter'a, już w trzecim miesiącu zaczyna się wypuklać otrzewna. Wypuklenie to, zwane wyrostkiem pochwowym (processus vaginalis), przebija powłoki brzuszne i przenika do moszny. Razem z wyrostkiem pochwowym, na tyln. j powierzchni jego przedostaje się do moszny jądrowód Hunter'a. Tymczasem jądro, aczkolwiek przemieszcza się pomału na dół, wciąż jednak pozostaje jeszcze w jamie brzusznej. W siódmym miesiącu, gdy wyrostek pochwoy już oddawna przebił ściankę brzuszną i zajął miejsce w mosznie, jądro dosięga dopiero wejścia do wyrostka pochwowego, a zatem leży przy pierścieniu pachwinowym wewnętrzny. Zstępowanie jądra kończy się zaledwie przed samem urodzeniem, a czasami nawet po urodzeniu.

Z powyższego opisu widzimy, że wyrostek pochwoy jeszcze przed zstąpieniem jądra do moszny wypukla się na tem miejscu, gdzie poprzednio więzadło nerki pierwotnej natrafiło na ściankę brzuszną. Wobec tego zupełnie mylny jest opis, podawany w wielu podręcznikach, jakoby wyrostek pochwoy powstawał wskutek tego, że jądro, zstępując przez kanał pachwinowy, pociągnęło za sobą otrzewną. Samo zstępowanie jądra odbywa się wskutek niejednokrotnego rozrastania się części leżących powyżej i poniżej jądra, przy jednoczesnym współdziałaniu jądrovodu Hunter'a, który, dosięgnąwszy dna moszny, już się prawie nie wydłuża więcej. Prędko rosnące części sąsiadujące z jądrem, oddalają się coraz bardziej od dna moszny, jądro tymczasem, wstrzymany przez jądrowodem, pozostaje na miejscu, i wskutek tego wydaje się, że ono zstępuje w stosunku do części sąsiednich. Skracanie się i zanikanie jądrovodu Hunter'a, przedstawiane zwykle za przyczynę zstępowania jądra, gra rolę podrzędną.

nowe. Wypuklenie to, zwane wyrostkiem pochwowym (processus vaginalis), przebija powłoki brzuszne, tworząc w ten sposób kanał pachwinowy, i przedostaje się do moszny. — Oczywiście jest przeto, że ustawienie pierścienia pachwinowego wewnętrznego uwarunkowane jest miejscem, w którym więzadło nerki pierwotnej trafia na przednią ściankę brzuszną.

Jeżeli więzadło pachwinowe nerki pierwotnej natrafia w miejscu prawidłowym na powłoki brzuszne, to jest jeżeli wyrostek pochwoy zaczyna się wypuklać wśród stosunków zupełnie prawidłowych (a zdarza się to najczęściej), to wtenczas przebija on nawylot ściankę brzuszną i dostaje się do moszny. Przypuśćmy jednakże, iż więzadło pachwinowe nie trafiło na miejsce prawidłowe, lecz znacznie wyżej i bardziej na zewnątrz od niego. W takim razie pierścień pachwinowy wewnętrzny nie będzie już leżał na miejscu zwykłym, lecz będzie posunięty na zewnątrz i ku górze.

Podobne przesunięcie pierścienia pachwinowego wewnętrznego pociąga za sobą następujące skutki: wyrostek pochwoy, chcąc się w takich warunkach przedostać do moszny, względnie do miejsca, odpowiadającego pierścieniowi pachwinowemu zewnętrznemu, musi przebijać ściankę brzuszną w kierunku bardziej ukośnym i na większej przestrzeni, aniżeli to czyni w stosunkach prawidłowych.

Innemi słowy: odległość pierścienia pachwinowego wewnętrznego od punktu, gdzie powinien wytworzyć się pierścień pachwinowy zewnętrzny, jest tu większa, aniżeli bywa normalnie.

Ztąd wypływa, że może się zdarzyć, iż taka długość wyrostka pochwowego, któraby w stosunkach prawidłowych pozwoliła mu przebić ścianę brzuszną i dostać się do moszny, nie będzie wystarczająca w razie omawianego zбочenia. Wyrostek przebije powięź poprzeczną, może nawet mięsień skośny wewnętrzny, lecz tu się zatrzyma; przebiegając zbyt ukośnie, będzie on za krótki na to, ażeby mógł dosięgnąć tego miejsca na mięśniu skośnym zewnętrznym, gdzie powinien wytworzyć się pierścień pachwinowy zewnętrzny. Nie mogąc przebić całej ściany brzusznej, wyrostek legnie pomiędzy jej warstwami.

W takich samych warunkach znajdzie się jądro, któremu drogę toruje wyrostek. Ono także będzie musiało od-

być dłuższą drogę, a wskutek tego zabraknie mu sznurka, by mogło zupełnie zstąpić do moszny.

Ilekoć wyrostek pochwoy znajduje się w podobnych stosunkach, wytwarzają się warunki odpowiednie dla powstania przepukliny śródściennej. Trzewia, nie mając możliwości opuszczać się do moszny, pozostają wśród warstw ściany brzusznej, rozpychają je i wtłaczają pomiędzy nie ścianki worka przepuklinowego, t. j. wytwarzają przepuklinę śródścienną.

Streszczając krótko całe powyższe objaśnienie, możemy powiedzieć: przepuklina śródścienna, zdaniem Schmidt'a, powstaje wskutek tego, że więzadło pachwinowe w życiu płodowem, zamiast spotkać ścianę brzuszną w miejscu prawidłowem, trafiło na miejsce, leżące bardziej na zewnątrz i ku górze.

Aczkolwiek całe powyższe objaśnienie stosuje się tylko do przepukliny śródściennej, przytoczyliśmy go jednakże w całości, ponieważ z niego wypływa, jako proste następstwo, tłumaczenie powstawania przepuklin pachwinowo-przedotrzewnowych.

„Przypuśćmy, powiada Schmidt, że więzadło pachwinowe nerki pierwotnej natrafiło na ścianę brzuszną znacznie wyżej i na zewnątrz, aniżeli należało; przypuśćmy dalej, że nie przebiło ono ściany w tem miejscu, gdzie się z nią zetknęło, lecz że przebiegło pod otrzewną na dół i na wewnątrz aż do miejsca, w którym prawidłowo powinien znajdować się pierścień pachwinowy wewnętrzny, i tu dopiero zagłębiło się w ścianę. Wyrostek pochwoy, wypuklając się na miejscu przymocowania więzadła, pójdzie tą samą drogą. W takim razie ta część wyrostka (przypuszczamy, iż on pozostał otwarty), która znajdzie się pomiędzy jego otworem środkowym i pomiędzy pierścieniem pachwinowym wewnętrznym, wytworzy przestrzeń (Hohlraum), usposabiającą do przepukliny przedotrzewnowej“.

Autor przeto zarówno tu, jak i w przepuklinie śródściennej, przypuszcza, że więzadło pachwinowe trafiło na ściankę brzuszną powyżej i bardziej nazewnątrz, aniżeli to dzieje się prawidłowo. Różnica polega na dalszym przebiegu więzadła, a zatem i wyrostka pochwowego. Nie zagłębiają się one tu odrazu w warstwy ściany brzusznej, jak to widzieliśmy w przepuklinie śródściennej, lecz kierują się najprzód pod otrzewną ścienną do miejsca, na które prawidłowo

wo powinno było trafić więzadło. Wyrostek pochwoy wypukła się przeto pod listek otrzewnej ściennej i leży początkowo pomiędzy nią i pomiędzy powięzią poprzeczną. — Dopiero, dosięgnąwszy miejsca, gdzie powinien prawidłowo znajdować się pierścień pachwinowy wewnętrzny, wyrostek przebija tu powięź poprzeczną i skierowuje się do punktu, odpowiadającego pierścieniowi pachwinowemu zewnętrznemu. Ta część wyrostka, która znajduje się pomiędzy otrzewną ścienną i powięzią poprzeczną, wytworzy zawiązek przysłego worka przedotrzewowego.

Oczywiste jest, że i tu droga jaką ma przebyć wyrostek pochwoy, będzie dłuższa, aniżeli w warunkach prawidłowych. Następstwem tego jest przesunięcie jądra ku górze, spotykane w tego pochodzenia przepuklinach pachwinowo przedotrzewowych.

Wyżej podane objaśnienie stara się wytłómaczyć powstawanie przepuklin pachwinowo-przedotrzewowych z workiem przedotrzewowym, skierowanym na zewnątrz i ku górze. W ten sam sposób można jednak objaśnić przepukliny, w których worek przedotrzewowy skierowany był winną stronę. Przypuśćmy więc, że więzadło pachwinowe trafiło na mięsień biodrowy (m. iliacus), i że tu zaczęło się wypuklanie wyrostka pochwowego, a otrzymamy obraz przepukliny przedotrzewowej z workiem, skierowanym ku dołowi biodrowemu. Tak samo można objaśnić i inne wypadki.

Teoryję swoją Schmidt wysnuł na zasadzie spostrzegano przez siebie wypadku przepukliny śródściennej. W wypadku tym worek przepuklinowy leżał pomiędzy mięśniami: skośnym zewnętrznym i wewnętrznym. W dolnym końcu worka na jego powierzchni zewnętrznej znajdowało się jądro w stanie mocno wyrażonego zaniku, nie pokryte otrzewną. Od dolnego końca, to jest od dna worka przepuklinowego w kierunku na wewnątrz i na dół przebiegał sznurek niezbyt twardy, włóknisty, żółtawej barwy, grubości gęsiego pióra, długi $2\frac{1}{2}$ ctm. Sznurek ten przymocowywał się do wewnętrznej powierzchni rozciągniętego m. skośnego zewnętrznego w tem miejscu, gdzie powinien być znajdować się pierścień pachwinowy zewnętrzny. Schmidt uważa opisany sznurek za jądrowód Huntera, który nie podległ zanikowi. — Otwór brzuszny przepukliny, a zatem pierścień pachwinowy wewnętrzny przesunięty był około 5 cm. ku górze i oko-

ło 2—3 cm. na zewnątrz w stosunku do miejsca, gdzie powinien być znajdować się prawidłowo. Otóż Schmidt przypuszcza, że wskutek przesunięcia pierścienia pachwinowego wewnętrznego na zewnątrz i ku górze, jądrowód Hunter'a dosięgnął tylko m. skośnego zewnętrznego, wyrostek zaś pochwoy i jądro nie były w stanie dojść nawet do tego punktu i pozostały przeto pomiędzy warstwami ścianki brzusznej.

Z wypadku tego Schmidt wyprowadził opisane wyżej tłumaczenie powstawania przepuklin śródściennych i następnie uogólnił je, podciągając pod nie wrodzone przepukliny pachwinowo-przedotrzewnowe.

Na poparcie swej teorii Schmidt przytacza kilka dowodów. Pomijam te z nich, które stosują się wyłącznie do przepuklin śródściennych (znacznie powiększona wzajemna odległość obu pierścieni pachwinowych, ciasność lub zupełny brak pierścienia pachwinowego zewnętrznego i niektóre inne objawy, spostrzegane w podobnego rodzaju przepuklinach), przytaczam zaś tylko dowody, mogące być zastosowanymi do przepuklin pachwinowo-przedotrzewnowych. Można je ugrupować w sposób następujący:

1) Zboczenie jądrovodu Huntera spotykamy nawet w warunkach zupełnie prawidłowych. Ponieważ jądro prawe u większości mężczyzn jest wyżej ustawione aniżeli lewe, musimy zatem przypuścić, że przyczep jądrovodu w stanie prawidłowym wskutek asymetrii fizjologicznej leży bardziej na zewnątrz na stronie prawej, aniżeli na lewej. — Ztąd łatwo wyprowadza się wniosek, że zboczenia patologiczne, spowodowane zbytciem przesunięciem przyczepu jądrovodu na zewnątrz, powinny częściej spotykać się na stronie prawej. Godzi się to rzeczywiście z faktami, które wykazują, że większość przepuklin pachwinowo-przedotrzewnowych i zwyczajnych pachwinowych wrodzonych spostrzegano na stronie prawej *)

*) Ten sam fakt Krönlein, Wagner i inni objaśniają w sposób odmienny. Przepukliny zwykłe pachwinowe wrodzone i pachwinowo-przedotrzewnowe dla tego, zdaniem ich, częściej zdarzają się na stronie prawej, że prawe jądro, jak tego dowiedli Wrisberg, Camper, Wernher i Sachs, opuszcza się później i zatrzymuje się w kanale pachwinowym częściej, aniżeli lewe; nadto wyrostek pochwoy prawy zamyka się później, aniżeli lewy.

2) Na możebność nieprawidłowego przyczepu jądrovodu Hunter'a zwracano jnż dawniej uwagę i starano się w ten sposób objaśnić kroczone przemieszczenie jądra (Ectopia testis perinealis—Kocher ³¹⁾ str 413) *).

3) Teoryja Schmidta, o ile dotyczy przepuklin śródściennych, znajduje ważny dowód w wyraźnie opisywanem przesunięciu pierścienia pachwinowego wewnętrznego i, co za tem idzie, w powiększeniu długości kanału pachwinowego. Otóż w bardzo wielu wypadkach, gdzie rozpoznawano przepuklinę pachwinowo-przedotrzewnową, nie sprawdzono dokładnie stosunku worka przedotrzewnowego do powięzi poprzecznej. Bardzo być może, iż w wielu podobnych wypadkach miano do czynienia nie z przepukliną przedotrzewnową, lecz z przepukliną śródścienną, a raczej z tą formą przejściową, o której mówiliśmy przy opisie anatomii przepuklin przedotrzewnowych. W takich razach to, co uważano za pierścień brzuszny, było przesuniętym pierścieniem pachwinowym wewnętrznym. Przesunięcie to pierścienia i wydłużenie kanału pachwinowego mogłoby tu, jak i w innych przepuklinach śródściennych, służyć za dowód zбочenia przyczepu więzadła pachwinowego czyli jądrovodu Hunter'a.

4) Za omawianą teoryją przemawia także często spotykane w wypadkach przepuklin przedotrzewnowych przemieszczenie jądra. Wreszcie:

5) Najważniejszego dowodu dostarczają poszukiwania anatomiczne Ramonède'a ³⁴⁾. Zbadawszy 215 trupów dorosłych, Ramonède znalazł ślady wyrostka pochwowego 32 razy, w 2-ch zaś wypadkach cały wyrostek był otwarty. W wypadkach tych wypuklenie otrzewnej, tworzące wyrostek pochwoy, zaczynało się nie na miejscu pierścienia pachwinowego wewnętrznego, lecz nieco po za nim. Wyrostek pochwoy wskutek tego przebiegał najprzód niewielką przestrzeń przed otrzewną ścienną (properitoneal) i następnie dopiero przez pierścień pachwinowy wewnętrzny wstępował do kanału pachwinowego. W takim wyrostku pochwowym R. znajdował 3 zwężenia: pierwsze przy wejściu

*) Interesujący pod tym względem jest wypadek ectopiae testis perinealis podany przez Godard'a i przytoczony w pracy Kochera: jądrb, leżące w fałdzie udowo-mosznowej, przymocowane było w tem miejscu do skóry za pomocą sznurka włóknistego (gubernaculum Hunteri).

do wyrostka, po za łukiem udowym (Schenkelbogen); drugie na miejscu pierścienia pachwinowego wewnętrznego, na równi powięzi poprzecznej; trzecie na miejscu pierścienia pachwinowego zewnętrznego, na równi mięśnia skośnego zewnętrznego.

Najmocniej było wyrażone drugie zwięźlenie, gdyż często na wysokości pierścienia pachwinowego wewnętrznego R. znajdował fałdę, wystającą do światła wyrostka pochwowego w kształcie kolistej przepony.

Nadto kanał wyrostka tworzył czasami 2 przegięcia: większe w pierścieniu pachwinowym wewnętrznym i mniejsze w pierścieniu zewnętrznym.

Fałdę otrzewnej, otaczającą ujście wyrostka pochwowego do jamy brzusznej, Ramonède nazwał pli retroinguinal. Pomiędzy tą fałdą przeto i pomiędzy pierścieniem pachwinowym wewnętrznym leżała część wyrostka pochwowego, która stanowiła jakoby zawiązek worka przedotrzewnowego na wypadek, gdyby niezamknięty wyrostek dał początek przepuklinie. Duret nazwał tę część wyrostka vestibule infundibuliforme. Otóż Schmidt przypuszcza, że takie vestibule infundibuliforme mogło wytworzyć się tylko w sposób, przez niego opisany, wskutek nieprawidłowego przyczepu więzadła pachwinowego, i że ono może być uważane za dowód słuszności jego tłumaczenia.

Teoryja Schmidt'a odrazu zyskała sobie zwolenników i zachwiała nieco mechaniczną teorię Streubel'a.

Na tem kończę opis obecnego stanu etyologii przepuklin przedotrzewnowych. Z tego, com tu podałem, widoczne jest, iż kwestyi tej wcale nie można jeszcze uważać za rozstrzygniętą. Istnieje kilka teoryj, opartych na podstawach zupełnie różnych, z których żadna nie jest w stanie wytłómaczyć nam wszystkich wypadków omawianej przepukliny. Aczkolwiek zbyt mało mam danych na to, by zabierać swój głos w tej sprawie, sądzę jednak, iż wolno mi wypowiedzieć parę luźnych uwag o niej. Wprawdzie uwagi te bardziej opierają się na rozumowaniu, aniżeli na faktach, ale przecież każda z wyliczonych teoryj także opiera się przeważnie na przypuszczeniach.

Przedewszystkiem muszę zaznaczyć, że byłoby mylnem chcieć wszystkie przepukliny przedotrzewnowe podciągać pod jedno tłumaczenie, jak to Krönlein uczynił. Podług mnie, za wyjątkiem może jednego Tessier'a, zarówno Streu-

bel, jak Bär, Linhart i Schmidt mogą mieć racyję w oddzielnych wypadkach.

Tłómaczenie Streubel'a możemy przyjąć o tyle, o ile takowe uwzględnia uprzednio już istniejący słaby związek szyjki worka z pierścieniem pachwinowym wewnętrznym, względnie udowym. Zwolennicy tej teorii (Krönlein, Wagner i inni) zdają się nie wiele przywiązywać do tego wagi; tymczasem wątpię bardzo, by samo tylko nieumiejętne odprowadzanie, a tembardziej przeszkody w kanale dla występowania trzewi na zewnątrz, mogły odłuszczyć szyjkę i odsunąć ją do jamy brzusznej. Przepukliny spotykamy przecież bardzo często u ludzi nieinteligentnych, nie umiających obchodzić się z niemi, noszących złe paski; nadto często znajdujemy podczas operacji sieć przyrośniętą do worka, a obrączkę wewnętrzną tak wązką, że z trudnością uda się wprowadzić koniuszcek małego palca obok wypadniętego trzewia. Wobec tego, gdyby najważniejszym czynnikiem były tu wpływy mechaniczne, z przepuklinami przedotrzewnowymi spotykilibyśmy się o wiele częściej, aniżeli zdarza się to w rzeczywistości. Zdaniem mojem najważniejszą rolę gra tu słabe przymocowanie szyjki. W takich tylko warunkach worek przedotrzewnowy mogą wytworzyć: mniej lub więcej gwałtowne i częste odprowadzania, niekiedy przeszkody w kanale pachwinowym, nie pozwalające trzewiom występować na zewnątrz, swoiste ruchy kiszek i inne może być wpływy.

W tym samym duchu możemy zrobić jeszcze jedno przypuszczenie: — przypuśćmy, że wyrostek pochwowy przymocowany jest bardzo luźno do pierścienia pachwinowego wewnętrznego. Przy każdym mocniejszym wzdęciu brzucha, gdy sąsiednie części otrzewnej podlegają mocnemu rozciągnięciu i napięciu, wyrostek będzie pociągany do środka. Jeżeli wzdęcia brzucha powtarzają się wielokrotnie, może się zdarzyć, iż pociągnięta do środka część wyrostka pochwowego pozostanie w tem położeniu i wytworzy tym sposobem coś w rodzaju vestibule infundibuliforme Ramonède'a. Tworząca się z podobnego wyrostka przepuklina znajdzie wszelkie warunki odpowiednie po temu, by wytworzyć worek przedotrzewnowy.

Mniej prawdopodobnym wydaje mi się związek, jaki Streubel przypuszczał pomiędzy przemieszczeniem jądra i rozwojem przepukliny przedotrzewnowej. Prawie zawsze

w podobnych wypadkach trzewia swobodnie zsuwały się obok jądra do moszny, trudno więc przypuścić, by jądro nawet dawniej stanowiło dla nich ważniejszą zaporę. Zdaje mi się, iż co najmniej w większości takich wypadków należy przyjąć tłómaczenie Schmidt'a.

Teoryja Schmidt'a wiele ma za sobą szczególnie w przepuklinach śródściennych. Przepukliny pachwinowo-przedotrzewnowe mniej dostarczają dowodów na nią, lecz, bacząc na ich bliskie pokrewieństwo z pierwszemi, oraz na wyniki poszukiwań Ramonède'a, musimy przyznać, że i tu często wrodzone zboczenia wyrostka pochwowego mogą usposabiać do wytworzenia worka przedotrzewnowego. Inna kwestyja, czy zboczenia te powstają w sposób przez Schmidt'a podany. Na to mogą nam odpowiedzieć tylko dalsze poszukiwania nad rozwojem wyrostka pochwowego i ścisłe uwzględnianie w poszczególnych wypadkach stosunku worka przedotrzewnowego i otworu brzuszego do sznurka nasiennego, na co dotąd nie zwracano należytej uwagi.

Bardzo być może, iż przyszli badacze zdobędą nowe dane, które zmienią niektóre szczegóły w teoryi Schmidt'a. Dzisiaj, pomijając nawet brak dostatecznie uzasadniających ją dowodów, można jej postawić nie jeden zarzut. Dla czego, na przykład, w wielu przepuklinach przedotrzewnowych wyrostek pochwoy zstąpił do moszny, podczas gdy jądro zatrzymało się w kanale? Przecież obadwa zarówno przebiegały nieprawidłowo długą przestrzeń i dla tego obadwa nie powinny były osiągnąć miejsca przeznaczenia. Dla czego następnie w wypadku Trendelenburg'a, który Schmidt wyraźnie podciąga pod swoje tłómaczenie, jądro od urodzenia znajdowało się w mosznie, aczkolwiek otwór brzuszny leżał w pobliżu pępka? Przecież w tym razie jądro musiało przebiec o wiele większą przestrzeń, aniżeli w stosunkach prawidłowych, powinno było zatem zatrzymać się gdzieś wyżej.

Te i tym podobne zarzuty dotyczą jednakże tylko mniej ważnych szczegółów i obalić samej teoryi nie mogą.

Tłómaczenie Bär'a i Linhart'a najmniej zyskało sobie zwolenników i najmniej zwróciło na siebie uwagi. Istnieje jednakże pewna ilość wypadków, które najłatwiej dają się objaśnić tą teoryją. Do takich przedewszystkiem należą przepukliny przedotrzewnowe, rozwijające się w późnym

wieku, zwłaszcza u kobiet *). Oprócz starości, wszelkie inne przyczyny, powodujące zwiótczenie otrzewnej i zanik tłuszczu w tkance podotrzewnowej mogą sprzyjać powstaniu przepuklin omawianych z wrodzonych wypukleń otrzewnej.

Wyżej już opisywałem, w jaki sposób, zdaniem Bära i Linharta, uchyłki otrzewnowe dają początek przepuklinom przedotrzewnowym; zaznaczyłem przytem, że pomiędzy wypadkiem Bära i wypadkiem Weissa (h. inguino-proper.) można było dopatrzeć się niejakiego związku. Obecnie chciałbym jeszcze raz zwrócić uwagę czytelnika na ten szczegół. Z anatomii wiadomo, że w pobliżu kanału pachwinowego często można spotkać mniej lub więcej wyraźne wypuklenie otrzewnej, leżące po za kątnicą i zwane fossa subcoecalis Waldeyer'a. Wypuklenie to niekiedy może przedstawiać sobą znaczne zagłębienie, jak to Bär znalazł w opisanym przez siebie wypadku. Trzewia wchodząc do worka przepuklinowego, pociągają sąsiednią otrzewną ścienną; jeżeli takowa nie jest zbyt silnie przymocowana, to zagłębienie w fossa subcoecalis może w takim razie stawać się płytszem, odpowiednia zaś część otrzewnej wchodzić do kanału pachwinowego. Po odprowadzeniu trzewi otrzewna ścienna znowuż powraca do swego pierwotnego położenia. Jeżeli wypadanie trzewi i odprowadzanie ich powtarzają się dość często, to wreszcie na tem miejscu otrzewnej ściennej, które zazwyczaj przylegało do pierścienia pachwinowego wewnętrznego, ilekroć trzewia wypadały, wytworzy się rodzaj przewężenia czyli zakarbowania. Odprowadzając trzewia do jamy brzusznej, chory będzie odprowadzał razem z niemi kieszonkę otrzewnową, leżącą pomiędzy szyją worka przepuklinowego i zakarbowaniem na otrzewnej ściennej. Z kieszonki tej z biegiem czasu wytworzy się worek przedotrzewnowy, wypuklenie zaś w fossa subcoecalis może wtenczas prawie zupełnie się wyrównać. Przypuszczam, iż w ten sposób

*) Jako przykład można tu przytoczyć następujące wypadki: Péana — kobieta lat 65, h. inguino-prop. od lat 7-miu; Hürlimanna — kobieta lat 67, miała dzieci 5-ro, h. inguino-prop. od kilku miesięcy; Weissa — kobieta lat 72, h. cruro-prop. pokazała się po raz pierwszy; Barona — kobieta lat 68, h. cruro-prop. pokazała się poraz pierwszy; Wenera — kobieta lat 61, rodziła 6 razy, h. cruro-prop., zdaje się, od niedawna (chora nic o niej nie wiedziała), i inne.

mógł wytworzyć się worek przedotrzewnowy w h. inguino-peritonialis Weiss'a.

Streszczając to, com wyżej mówił o przyczynach powstawania przepuklin przedotrzewnowych, powtarzam, że w każdym poszczególnym wypadku na wytworzenie worka przedotrzewnowego składa się prawdopodobnie kilka odrazu czynników. Pomiedzy czynnikami temi należy rozróżniać warunki usposabiające i wpływy wywołujące. Usposobienie takie może polegać: na rozluźnieniu związku pomiędzy szyjką worka przepuklinowego i pierścieniem pachwinowym wewnętrznym (Streubel); na wrodzonym zboczeniu wzrostka pochwowego, wskutek czego takowy zaczyna się po za pierścieniem pachwinowym wewnętrznym i tworzy w ten sposób vestibule infundibuliforme (Schmidt); wreszcie na wrodzonej zdolności otrzewnej ściennej do wytwarzania uchyłków w okolicy odpowiednich kanałów (Bär i Linhart).

Czynnikami wywołującymi będą: częste i nieumiejętne odprowadzanie, zatrzymanie kiszek w kanale pachwinowym, swoiste ruchy kiszek, zwiększone działanie tłoczni brzusznej, często powtarzające się wzdęcie brzucha, zanik tkanki podotrzewnowej i niepomierne zwątlenie otrzewnej wskutek wieku podeszłego, szybkiego wychudnięcia, licznych ciąży i t. p.

O b j a w y,

Miano twórcy symptomatologii przepuklin przedotrzewnowych należy się niezaprzeczenie Krönleinowi. Przed nim już także w oddzielnych wypadkach zwracano uwagę na niektóre objawy, jako to: wygórowanie okolicy pachwinowej po nad więzem Poupart'a (Cruveilhier, Birkett), obecność leżącej wewnątrz brzucha po za szyjką przepuklinową ograniczonej jamy (Mosetig, Hilton) lub uchyłka (Dittel), do których palec wchodził podczas operacji. Spostrzeżenia te dotyczyły pojedynczych wypadków i nic nie wpłynęły na rozpoznawanie tego rodzaju przepuklin. Dopiero pierwszy Krönlein zebrał i ugrupował pojedyncze objawy, wskazał na cechy bardziej charakterystyczne i dowiódł, że w wielu wypadkach przepuklinę przedotrzewnową można rozpoznać za życia.

Trudno powiedzieć, by rozpoznawanie to zawsze było pewne i łatwe. W wielu wypadkach chirurg teraz jeszcze

dowiaduje się dopiero podczas operacji lub nawet po niej o obecności worka przedotrzewnowego. Tak stałych i wybitnych cech, któreby za każdym razem pozwalały go na pewno rozpoznać, nie posiadamy. Wobec tego musimy często zwracać się do drobnych, mniej ważnych objawów, które nie dając pewności, mogą jednak budzić w nas w danym wypadku chociaż podejrzenie.

Ważnych wskazówek niekiedy mogą nam dostarczyć *wywiady*.

Jednym z ważniejszych objawów, na jaki skarżą się chorzy na przepuklinę przedotrzewnową, jest ból w dolnej okolicy brzucha lub nieprzyjemne uczucie napięcia po nad odpowiednią okolicą pachwinową. Ból ten raz zjawia się od czasu do czasu bez widocznej przyczyny, przyczem często połączony bywa z zaparciem stolca (Krönlein, Matlakowski, Tansini); w innych zaś razach występuje tylko po użyciu pokarmów rozdymających. Nieprzyjemne uczucie napięcia występuje zazwyczaj po odprowadzeniu przepukliny bez względu na to, czy takowe było łatwe, czy też trudne (Lehmann). Z pomiędzy innych przypadłości ze strony przewodu pokarmowego na uwzględnienie tu zasługują: zaparcie naprzemian z rozwołnieniem (Lehmann), oraz niezmierna skłonność do kolek i wymiotów (Janzer).

W niektórych wypadkach (Bär, Cambria), chorzy od dawna miewali ból w mosznie, połączony z obrzmieniem sznurka nasiennego. W wypadku Trzebickiego było długotrwałe obrzmienie jądra. Zarówno uczucie napięcia, jak ból i obrzmienie sznurka nasiennego i jądra, były widocznie spowodowane uciskiem pobliskich nerwów i nasieniowodu (vas deferens) przez zawartość worka przedotrzewnowego. Objawy te zasługują na pilniejszą uwagę, gdyż często mogą zrodzić podejrzenie o istnieniu worka przedotrzewnowego nawet tam, gdzie nic innego nie zapowiada jego obecności.

Wielokrotnie zaznaczyliśmy już blizki związek, jaki zachodzi pomiędzy zboczeniami jądra i przepukliną pachwino-przedotrzewnową. Należy przeto w każdym wypadku w wywiadach zwracać uwagę na to, kiedy jądro zstąpiło i jak się zachowywało. — I ten wzgląd nie powinien być w wywiadach pominięty, że największa ilość przepuklin pachwino-przedotrzewnowych należała do rzędu wrodzonych.

Należy rozpytać się chorego o charakter odprowadzań, jakie na sobie dawniej wykonywał: czy nie bywało odpro-

wadzenie trudnem, czy nie był zmuszony używać siły znacznej i t. d. Pod tym względem chorzy wielokrotnie opowiadali, że, aczkolwiek przepuklina zwykle odprowadzała się łatwo, od czasu do czasu jednakże odprowadzenie bywało niezmiernie trudne. Czasami chory musiał wypychać przepuklinę kilka godzin z rzędu, a po odprowadzeniu czuł się tak osłabionym, że kilka dni leżał (Sawicki). Ważną jest rzeczą dowiedzieć się, czy po odprowadzeniu przepukliny chory zawsze otrzymywał szmer charakterystyczny.

Niekiedy chorzy spostrzegali sami wygórowanie w okolicy pachwinowej, po nad więzem Pouparta (Birkett). — Wygórowanie takie, jak to sami chorzy niekiedy zaznaczali, powstawało od razu po odprowadzeniu wypadniętej przepukliny. Cambria spostrzegł dwa podobne wypadki. W jednym chory opowiadał, że wygórowanie powstało na rok przed uwięzieniem, w drugim — na 2 lata; obadwa razy — po odprowadzeniu przepukliny. Na zaznaczenie zasługuje jeszcze objaw, spostrzegany przez Wenera: chora, cierpiąca na prawostronną przepuklinę udowo-przedotrzewnową, od $\frac{1}{2}$ roku powłóczyła bez widocznej przyczyny prawą nogą. Objaw ten mógł wystąpić wskutek ucisku worka przedotrzewnowego na n. cruralis.

Mając przed sobą przepuklinę uwięzniętą, powinniśmy pilnie baczyć na trwanie i charakter samego uwięznięcia, — W przepuklinach przedotrzewnowych uwięznięcie przeważnie miewa charakter podostry lub przewlekły. W części anatomicznej, mówiąc o przyczynach, powodujących niedrożność, zwracaliśmy uwagę na to, że w wielu wypadkach takowa spowodowana bywa przegięciem (Verknickung) jelita. Jeżeli pierścień brzuszny i pierścień worka przedotrzewnowego nie są zbyt ciasne, przegięcie nie nastąpiło pod kątem zbyt ostrym, (a zdarza się to dosyć często), to uwięznięcie występuje z objawami słabszymi, bardziej przewlekłymi. Zdarzało się niekiedy, że chorzy od czasu do czasu miewali nawet stolec podczas uwięznięcia. Gwałtowne objawy uwięznięcia, aczkolwiek także się zdarzają, są o wiele rzadsze.

Odnośnie samego uwięznięcia należy rozpytać chorego, czy podczas trwania jego odprowadzał przepuklinę, czy takowa znikając wydała szmer charakterystyczny, czy weszła cała, i czy nie wypadła napowrót po zaprzestaniu naciskania. Ostatni objaw jest nader ważny. Jeżeli worek przedotrzewnowy zawiera już trzewo, to zawartość worka zewnętrznego nie mo-

że tam się pomieścić. Wskutek tego często przez naciskanie możemy odprowadzić część tylko zawartości worka zewnętrznego; choćbyśmy jednak pod silnym naciskiem zdołali całą zawartość odprowadzić, wypada ona natychmiast, jak tylko ucisku zaniechamy.

Ważnym symptomatem jest wystąpienie objawów uwięźnięcia po odprowadzeniu przepukliny zupełnie swobodnej, lub też obostrzenie objawów, jeżeli odprowadzono przepuklinę już uwięźniętą. Jak jedno, tak i drugie tłómaczy się wepchnięciem trzewia do worka wewnętrznego.

(Dokończenie nastąpi.)

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Medycyna wewnętrzna.

39. D-r HITZIG. **O czynnościach mózgu.** Ueber Functionen des Grosshirns. — Vortrag, gehalten in d. physiologischen Section der Naturforscherversammlung zu Berlin. — *Berl. Klin. Woch.* N. 40.

Czy istnieją ośrodki ruchowe w korze mózgowej psa i jakie jest ich znaczenie? Goltz pierwotnie umieszczał te ośrodki w mózdzku, lecz zarzucił tę teorię i skłania się dziś do uznania przedniej części mózgu wraz z Hitzigem i Fritschem — za ruchową.

Na korzyść samodzielnej pobudliwości kory mózgowej przemawiają poszukiwania Bubnow'a i Heidenhein'a, Franck'a i Pitres'a, które wykazały: a) że czas reakcyi przy drażnieniu nienaruszonej powierzchni mózgu jest dłuższym, niż przy drażnieniu podkorowej białej istoty; b) że krzywa skurczów mięśniowych, po zniszczeniu kory, ma zupełnie inny przebieg; c) że zboczenia odczynu elektrycznego przy zatruciu morfiną giną zupełnie po zniszczeniu kory. Można więc wnioskować, że spowodowana organicznemi bodźcami czynność kory mózgowej będzie taką samą w zasadzie, jak i czynność będąca wynikiem drażnienia elektrycznego t. j. powstawanie zjawisk mózgowych w mięśniach.

Autor wykazał dalej, że zniszczenie lub uszkodzenie pewnych oznaczonych ucząstków kory mózgowej pociąga za sobą zaburzenia w ruchach mięśniowych i w sferze czuciowości. Postawiono przeciwko temu zarzut, dotyczący możliwości uszkodzenia odległych części. H. zbija go, wykazując, że powierzchowne ukłucia i nacięcia, które ranią tylko korę i nie mogą pociągać za sobą działania na odległość, mają taki sam jakościowy, choć nie ilościowy skutek, co i większe wyluszczenia kory.

Drugi zarzut, że niemożliwym jest przez zranienie kory

uszkodzić ruchy tylko pewnego członka (przy operacjach ośrodka dla przedniej kończyny powstaje pareza tylnej i naodwrot) autor zbija w następujący sposób: Otwiera twardą oponę na możliwie najmniejszej przestrzeni i rani korę przez nacięcie lub ukłócie półostrem narzędziem na granicy jednego z nazwanych ośrodków. Dla dotknięcia kończyny przedniej wybiera się boczna ćwiartkę przedniej odnogi zwoju esowatego (gyrus sigmoideus), a dla tylnej nogi średni koniec tylnej osady tegoż zwoju. Wtedy spostrzegamy, że pies pozwala sobie daną nogę postawić na tylnej jej powierzchni i zwiesić za brzeg stołu. — Udało się też wywołać te same objawy na tylnej nodze w przeciągu 8-miu dni, przyczem przednia nie była ani trochę dotkniętą.

Nie świadczy to, aby istniało stanowcze rozgraniczenie ośrodków ruchowych dla obu kończyn i aby między nimi nie było związku. Owszem bardzo prawdopodobnem jest, że obydwą pola unerwienia wkraczają jedno w drugie. Jest tylko pewnem, że podobne ośrodki ruchowe istnieją.

Daleko trudniejszym jest i bardziej złożonem drugie pytanie, co do znaczenia tych ośrodków. Ważną tu jest rzeczą, że po pewnym czasie następuje powrót czynności zakłóconych przez wyluszczenie kawałka kory. Jednak powrót ten po znacznych zniszczeniach okolicy ruchowej nie jest nigdy zupełnym. Psy pozwalają sobie robić rozmaite doświadczenia z nogą niemającą ośrodków ruchowych, których to doświadczeń nie pozwoliłyby robić ze zdrową; istnieje przytem w samej nodze stałe zaburzenie w dotyku. Przedewszystkiem jednak giną ściśle dowolne ruchy. Goltz pierwszy zauważył, że psy nie mogą już podawać łapy; Munk zauważył, że zoperowane w wiadomy sposób małpy mogą łązić i chodzić, lecz nie mogą chwytać owoców rękami.

Przeczyć zdaje się temu następnne doświadczenie: Psa, któremu wycięto lewy zwój esowaty, zawieszono w powietrzu; do łap tegoż psa zbliżano długą igłę. Lewa łapa zawsze się przytem usuwała, prawa pozostawała zwieszoną, choć pies widział zbliżającą się igłę; wył on i skowyczał, rzucił się, lecz nigdy nie usuwał oddzielnie prawej łapy. Doświadczenie udawało się i po dwóch latach.

Zaburzeń tych w ruchach łapy nie można, ma się rozumieć, sprowadzić do zakłócenia dotyku, gdyż zupełnie nie dotykamy się igłą, chodzi tu o zupełne sparalizowanie ruchów dowolnych.

Jeśli tylko cały zwój esowaty był zniszczonym, zaburzenia te były trwałe, chociaż nieraz nie wyrównywały się i przy powierzchownych nacięciach. Być może jednak, że czynność drugiej półkuli lub głębiej leżących części mózgu może zastąpić działalność zwoju esowatego.

Przyczyną tych wszystkich zboczeń ruchowych są zboczenia w wyobraźni: chore zwierzę nie może sobie wyobrażać ruchów i dla tego traci te, które dzięki swej złożoności, odby-

wają się przy pewnej wyobraźni. Ruchy ściśle automatyczne zachowują się i kilkodniowy zupełny paraliż jest tylko objawem wstrząsu (shock). Po kilku dniach przywykają niższe ośrodki ruchowe wykonywać swą czynność bez udziału pojęcioruchowych, jakimi są ośrodki w korze.

St. Kamiński.

40. GUDDEN. O umiejscowieniu funkcyj w korze mózgowej. Ueber die Frage der Localisation der Functionen der Grosshirnrinde. (*Allgem. Zeitschr. für Psych.* — 1885 N r 6).

Gudden wycinał świeżo zrodzonym królikom obwodowe czuciowe i ruchowe nerwy, wychodząc z zasady, że z biegiem czasu ośrodki mózgowe wskutek długiej bezczynności winny uleść zanikowi. Badanie jednak pośmiertne i ściśle poszukiwania drobnowidzowe nie wykryły żadnych zmian w korze mózgowej. Natomiast zanik można było zauważyć w ośrodkach pośrednich. Po zniszczeniu oka autor znajdował zwyrodnienie ciała kolankowatego zewnętrznego (corp. genic. ext.) i górnej warstwy szarej pokrywki wzgórka czworacznego (corp. quadrigemini). Opuszka węchowa (Bulbus olfactorius) rozwijała się zupełnie prawidłowo, nawet po obustronnem przecięciu nerwu węchowego.

Dalej wycinał G. noworodkom (królikom) całe półkule razem z ciałem prążkowanym i pomimo tego zwierzęta rozwijały się prawidłowo bez żadnych zaburzeń czuciowych lub ruchowych.

Następnie G. jednym noworodkom (królikom) wycinał zraz potylicowy i ciemieniowy, drugim zraz czołowy z obu stron, i w następnym rozwoju królików operowanych nie spostrzegł żadnych zaburzeń czuciowych ani ruchowych.

Doświadczenia wykonane na zwierzętach dorosłych dały cokolwiek odmienne wyniki. Zniesienie okolicy wzrokowej u dwóch psów nie wywołało widzenia połowicznego, — jakkolwiek bądź, zaznacza G., sprawdzanie sfery czuciowej u zwierząt jest bardzo trudne i zawsze pozostawia pewne wątpliwości.

Wycięcie zwojów czołowych u zwierząt dorosłych powodowało znaczne zaburzenia ruchowe łapy przedniej, przyczem u królików i psów obserwowano zupełny zanik dróg pyramidalnych, — u kotów niezupełny. Wycięcie oka u królików dorosłych dało wyniki równoznaczne z takimże wycięciem u noworodków.

Na zasadzie wyżej wspomnianych doświadczeń autor przychodzi do wniosku, że u zwierząt lokalizacja funkcyj w korze mózgowej może być przyjmowana tylko w tem znaczeniu, że w korze mózgowej istnieją okolice ruchowe i czuciowe; więcej zaś ściśle rozgraniczenie tych okolic na oddzielne ośrodki jest przedwczesnem.

Wł. Zawadzki.

41. A. BAGINSKY i C. LEHMANN. **O funkeyi ciała prążkowanego (jądro ogoniaste).** Zur Function des Corpus striatum (Nucleus caudatus). *Virch. Arch.* 106—II.

Autorowie za pomocą ad hoc urządzonego przyrządu ssącego usuwali stopniowo w okolicy ruchowej mózgu królików części szarej korowej istoty, następnie białej podkorowej, znajdujące się nad ciałem jądra ogoniastego, dalej otwierali boczna komórkę mózgową, wreszcie usuwali samo jądro ogoniaste, ażeby w ten sposób drogą wykluczenia oznaczyć funkcyję samego jądra. Z wykonanych w ten sposób czterech seryj doświadczeń można wyprowadzić wniosek, że czem głębiej w wyżej oznaczonym miejscu niszczymy istotę mózgową, nie wykluczając i samego jądra, tem wyraźniej tylko i w silniejszej formie występują zupełnie równoznaczne zjawiska obwodowe, a mianowicie:

Pobudzona wrażliwość zwierząt, która się objawia jako trwożliwość względem szmerów, nadezulość przy drażnieniu skóry i t. p. Przy czem nie występuje bynajmniej nieprzeparta chęć do biegania, jak to dowodził Magendie (nodus cursorius — Nothnagel'a), zwierzę pozostaje zupełnie spokojnem, skoro się czuje bezpiecznem.

Wrażliwość ta wzrasta w miarę zwiększania się głębokości pola operacyjnego (od kory mózgowej do jądra ogoniastego) i dochodzi do największego natężenia przy obustronnem zniszczeniu jąder ogoniastych. Dalej występują pewne zaburzenia w kończynach, częściej w przedniej, niekiedy i w tylnej strony przeciwnej względem zniszczenia w mózgu. Zaburzenia te zasadzają się na tem, że zwierzę w stanie spokojnym utrzymuje daną kończynę w nienormalnem położeniu, w jakim znalazła się wskutek poślizgnięcia po podłodze lub wskutek interwencji eksperymentatora. Położenie to zwierzę utrzymuje dowolnie długo, dopóki jakieś silne podrażnienie, jak uszczyplenie lub uderzenie, nie zmusi je do nadania kończynie położenia właściwego. Zjawisko to również występuje najwyraźniej przy zniszczeniu jądra ogoniastego. Możliwość biegania pozostaje nienaruszoną, jakkolwiek przy zniszczeniu dochodzącem aż do jądra ogoniastego występuje jakby chwiejność ruchów i do pewnego stopnia zmniejszenie naprężenia mięśniowego w kończynie zaatakowanej, podczas gdy przy zniszczeniach więcej powierzchownych zaburzenia te występują w znacznie mniejszym stopniu.

Jako zjawisko osobliwe występuje przy otwarciu komórki mózgowej niekiedy, a przy drażnieniu przedniej części ciała prążkowanego zawsze, znaczne podniesienie ciepłoty całego ustroju zwierzęcia, dochodzące do 41° C.

Wszystkie wyżej wymienione zjawiska nikną z czasem. — Wyrównanie zupełne jest o tyle trudniejsze i wymaga o tyle więcej czasu, o ile pole operacyjne leżało głębiej. Wszystkie te zjawiska są zupełnie jakościowo jednakie przy zniszczeniu istoty korowej szarej, istoty białej podkorowej lub wreszcie jądra ogo-

niastego i różnią się tylko wzmacniającem się natężeniem. Dla tego też jądro ogoniastemu nie możemy przyznawać innych funkcyj, jak te, które były znane dotychczas jako właściwe odpowiednim częściom kory mózgowej. Przy takim pojmowaniu rzeczy zupełnie wyrównanie się zaburzeń po zniszczeniu jądra ogoniastego nie będzie rzeczą nową.

W końcu z doświadczeń swoich B. i G. wyprowadzają taki wniosek: Można przyjąć, że funkcycja oddzielnych, tak zwanych ruchowych, komórek mózgowych nie jest tak ściśle ograniczoną, ażeby skutkiem impulsu ruchowego z nich wychodzącego reakcja następowała stale w tych samych narządach obwodowych.

Żadna komórka mózgowa, a nawet grupa komórek nie ma ściśle określonego działu mięśniowego, któryby do skurezu stale pobudzać miała. Efekt ich działalności może być rozmaitym, względnie do rodzaju i sposobu, w jaki ułożył się stosunek tychże komórek względem siebie i sąsiednich w danej chwili. Ruchy mięśniowe nie są zależne od oddzielnych komórek mózgowych, lecz są wynikiem rozmaicie złożonej działalności całych wielkich grup komórek, na którą to działalność wpływać może wzajemna reakcja oddzielnych dróg nerwowych jak również wahania psychiczne zwierzęcia.

Wł. Zawadzki.

42. VETTER O obecnym stanie sprawy umiejscowien mózgowych. *Deutsch. Arch. f. Klin. Med.* 40-2.

Na posiedzeniu sekcji fizyologicznej berlińskich przyrodników Hitzig rzucił pytanie: „Czy znajdują się w mózgu ośrodki ruchowe i jakie jest ich znaczenie?“ Pytanie to wywołało poważną dyskusyję, szczególnie w spornej dotychczas kwestyi ośrodków w korze mózgowej. Kwestyja ta w ogólności rozstrzygniętą została potwierdzająco przez wielu eksperymentatorów za pomocą drażnienia elektrycznego kory mózgowej. Słuszny zarzut, że przy stosowaniu prądu elektrycznego na powierzchnię mózgową mogą ulegać drażnieniu i ośrodki głęboko w mózgu leżące, zdaje się upadać wobec doświadczeń Bubnoff'a i Heidenhein'a, Pitres'a i Franck'a, które wykazały samodzielną wrażliwość kory. Zarzut Golz'a, że i przy wycinaniu pewnej części kory może nastąpić mechaniczne podrażnienie ośrodków głębokich, jest małej wagi wobec tego, że cięcia zwykle wykonywane są bardzo powierzchownie. Dalej zdanie Golz'a, że w korze mózgowej nie ma oddzielnych ośrodków ruchowych dla jednostronnych przedniej i tylnej kończyn, dla tego że po wycięciu pewnych części okolicy ruchowej kory zawsze następuje porażenie jednoczesne przedniej i tylnej kończyny, musi ulec zmianie wobec ostatnich doświadczeń Hitzig'a, który za pomocą ukłóć wykonywanych w pewnych miejscach zwoju S. psa wywoływał izolowane porażenie kończyny przedniej lub tylnej i to na przeciąg dni 8. Dla tego też w sprawie tej zgodzić się wypada z Exner'em, że oddzielnie istniejące ośrodki dla kończyny przedniej i tylnej niejako splatają się ze sobą w korze mózgowej.

O wiele cięższem jest pytanie o znaczeniu tych stwierdzonych ośrodków, a stojące w związku z tak powszechnym objawem restytucyjny funkcji narządu po upływie pewnego czasu po zniszczeniu ośrodka. Restytucyjna ta zdaje się wskazywać na obecność jakiegoś pośredniego ośrodka. Wyrównanie zaburzeń ruchowych po wycięciu ośrodka korowego nie bywa zupełnem. Stale pozostaje się pewna suma zaburzeń ruchowych, które tacy badacze jak Schiff, Hitzig, Golz dość jednoznacznie opisują, jako brak ruchów wyższej celowości, lub przynajmniej osłabienie i chwiejność tychże. Tak na przykład pies, któremu zniszczono ośrodek korowy ruchowy prawej przedniej kończyny, po pewnym czasie zaczyna chodzić zupełnie dobrze — lecz kończyny tej nie jest w stanie podawać eksperymentatorowi, co przedtem wykonywał na każde żądanie. Golz zaznacza jednakże, że i te ruchy i nawet więcej wysokiej natury mogą powrócić w zupełności, jeżeli zwierzę odpowiednio kształconem będzie przez czas długi i przytacza odpowiednio dwa przykłady (małpa i pies). Tak więc, jedna zdrowa półkula mózgowa dla zwierzęcia jest zupełnie wystarczającą.

Dalej Golz za przykładem Munk'a wycinał zwierzętom cały zraz tylny i obserwował tak zwaną ślepotę umysłową — zwierzę widziało przedmioty, bo wymijało przeszkody, lecz nie rozpoznawało tychże przedmiotów; w niektórych wypadkach przysiętem otrzymywano ślepotę rzeczywistą.

Przy obustronnem wycięciu płatów przednich u jednego psa obserwował G. niemożność samodzielnego jedzenia, to jest zwierzę wtedy tylko jadło, gdy mu pokarm włożono do pyska, przyczem sprawa żucia i polykania odbywała się bez zarzutu — zjawisko podobne jakie obserwuje się zwykle u gołębi pozbawionych mózgu i u niektórych chorych umysłowych.

Munk zaznacza, że przy swych bardzo ostrożnie wykonywanych doświadczeniach, zaburzenia wzrokowe spostrzegał tylko u zwierząt, którym wycinano część płatu tylnego. Przy wycięciu obustronnem całych płatów tylnych zwierzę pozostawało po wielu latach jeszcze zupełnie ślepe. Co się tyczy wypadków Golza gdzie otrzymywano ślepotę niepełną M. dowodzi, że wycinanie płatów mózgowych jest rzeczą nader trudną i nie zawsze można być pewnym, czy jakaś część płatu nie pozostała nietkniętą i powoduje cząstkowe widzenie.

Dalsze doświadczenia Munk'a wykazały, że po wycięciu płatu tylnego u zwierzęcia po dłuższym przeciągu czasu następuje zanik nerwu wzrokowego. W końcu zaznacza Munk zgodnie z Hitzig'iem, że w korze mózgowej bez zaprzeczenia istnieją ośrodki oddzielne dla przednich i tylnych kończyn, jakkolwiek jasne rozgraniczenie ich jest rzeczą niezmiernie trudną.

Wł. Zawadzki.

43. H. EMMINGHAUS. (Dorpat). **Przyczynek do patologii pogrączkowego osłabienia władz umysłowych (Dementia postfebrilis), z uwagami nad włóknami nerwo-**

wemi kory mózgowej. *Archiv f. Psych. u. Nervenh.* T. XVII. Z. 3 p. 795.

Przypadek dotyczy 19-to letniego studenta matematyki, który w Lutym 1884 r. zapadł na gorączkę powrotną o ciężkim długotrwałym przebiegu. Dotąd odznaczał się pożądanem zdrowiem; dziedzicznego usposobienia do chorób nerwowych nie było. Podczas rekonwalescencji objawił zbytęzną troskę o swą przyszłość, poczem nastąpiło silne rozdrażnienie i niepokój. — W Czerweu przyjęty został na klinikę psychiatryczną.

Rozpoznano: Dementia postfebrilis acuta. Chory przedstawia zupełny rozstrój; zanieczyszczony wydzielinami, ciało pokryte obszernymi wrzodami; to pozostaje nieruchomy na jednym miejscu, to znowu pragnie uciekać gdziekolwiek bądź; uczucia jego zmysłowe i estetyczne prawie zupełnie są zniesione. Prócz tego okazuje on objawy ślepoty psychicznej i afazy zmysłowej. W dalszym ciągu rozwinęła się furunculosis multiplex i wśród objawów ostrego zapalenia płuca prawego nastąpiło 9-go Lipca zejście śmiertelne.

Kora mózgowa została systematycznie zbadaną według metody Weigerta. Włókna nerwowe przy badaniu drobnowidzowem okazały się prawidłowemi. Natomiast komórki nerwowe we wszystkich prawie częściach kory mózowej przedstawiały zmiany chorobowe. Ostatnie polegały na zmętnieniu protoplazmy komórek, spowodowane substancją drobnoziarnistą, mocno polyskującą i nierozpuszczającą się w alkoholu i eterze; substancja ta zakrywa mniej lub więcej jądro komórki, zaś jąderko staje się zupełnie niewidomem. Jest to tak zwane zmętnienie białkowane protoplazmy komórek (Trübe Schwellung), które w przebiegu i po upływie chorób gorączkowych znajdujemy w komórkach innych narządów mięszzowych (wątroba, nerka, włókna mięśniowe). Przestrzenie okołokomórkowe są powiększone, gdyż obrzmiałe wprzód komórki pod wpływem płynów stwardniających (kwas chromny) ulegają zgęszczeniu. — Autor przytacza, iż obrzmienie mętne komórek nerwowych nie jest nowością w histologii mózgu. Meschede opisał je r. 1865 jako charakterystyczne przy bezwładzie postępowym. Później stwierdził takowe Major (1874) przy oglupieniu starcem, a Rosenbach (1884) znalazł je w mózgu i rdzeniu przy głodzeniu zwierząt.

Sprawozdawca zwraca tu uwagę, iż w pracy swej „o zmianach mózgu przy chorobach zakaźnych“ (1882) wykazał on mięszzowe zwyrodnienie komórek nerwowych kory mózgowej, jako zmianę analogiczną do zwyrodnienia w innych narządach mięszzowych przy chorobach zakaźnych. Przypadek powyższy resp. badanie histologiczne stwierdza więc w zupełności dane przez sprawozdawcę wykazane.

A. Rosenthal.

44. A. EULENBURG. **O pochodzeniu i leczeniu migreny.** (*Zur Aetiologie und Therapie der Migräne*). *Wiener Med. Presse.* N-r 1—2—1887.

Wspomniawszy o różnych hipotezach, jakie z biegiem czasu stawiano dla wytłomaczenia tej tak niepochwytniej choroby, autor zaznacza, że bez wątpienia pewne miejscowe obwodowe cierpienia niekiedy zdają się wywoływać migrenę lub stan do niej zbliżone, i że w tem znaczeniu tylko może być mowa o tak zwanych odruchowych migrenach pochodzenia żołądkowego, kiszkowego, nosowego, mięśniowego i t. p. Jednakże te obwodowe czynniki mogą powodować odnośne połowiczne zmiany mózgowia (*hemieranische Veränderung*) tylko u osobników już zkad inąd usposobionych do tego. Do migreny w ogóle skłonni są ludzie, u których z jakiego bądź powodu, najczęściej wskutek wrodzonego wadliwego rozwoju (słabość pewnej części aparatu naczyniowego i nerwowego), istnieje wielka skłonność do wahań w wewnątrzczaszkowem krążeniu krwi, resp. zmienna zawartość krwi w oponach mózgowych i nierównomierny podział ilości krwi w obydwóch połowach czaszki; lub też nadmierna pobudliwość gałązek nerwu trójdzielnego, znajdujących się w oponach mózgowych. Częstość występowania napadów migreny z rana po obudzeniu się chorego, autor skłonny jest objaśnić przejściem mózgu ze stanu spokoju do stanu czynnego, przy czem konieczne są pewne wahania w ukrwieniu mózgu. W większości wypadków względna niedokrwiłość połowiczna jest podstawą migreny, rzadziej przekrwienie.

Słuszność swego zdania opiera autor na dokonywanych przez siebie przez czas długi badaniach chorych na migrenę, za pomocą elektryczności, a mianowicie za pomocą możliwie ścisłych określeń tak zwanego względnego minimum oporu, (określenie za pomocą galwanometru najmniejszych liczb oporu przy stosowaniu pewnego prądu o stałem natężeniu). — Prąd puszczał autor w kierunku wstępującym od okolicy szyjowo-potylicowej do okolicy skroniowej, za pomocą cynkowych niepolaryzowanych elektrodów. Najprzód badania swe przeprowadził E na osobnikach zdrowych różnego wieku, płci i konstytucyi dla oznaczenia zakresu wahań fizjologicznych, a następnie też samą metodę zastosował do osobników dotkniętych migreną.

U osób zdrowych względne minimum oporu w wyżej wskazanym kierunku wahało się pomiędzy 1200—1500, w ogólności w granicach 1100—1900 jednostek Ohm'a. Niekiedy różnica przy powtórnem badaniu wynosiła tylko 20. Zupełnie inaczej rzecz się ma u osobników chorych; w miarę zwiększania się bezkrwiistości ogólnej lub miejscowej względne minimum oporu dochodziło niekiedy do 3,000 przy czem wahania indywidualne były znacznie większe (niekiedy więcej nad 1000 I. S.). Przyczem spostrzegał autor znaczną różnicę w oporze na stronie zdrowej i chorej, podobnie jak przy porażeniach połowicznych natury hysterycznej. Różnica ta zwiększała się znacznie podczas samego napadu. Autor przedstawia tablicą z zestawieniem wyników badań 12-tu wypadków, z której wyprowadziwszy cyfry przeciętne, można powiedzieć, że różnica

w oporze stron obu w przerwie pomiędzy napadami wynosić może około 250, podczas gdy w czasie napadu 500. (Większy opór spotyka prąd na stronie chorej, jeżeli przyczyną jest bezkrwistość. W dwóch tylko wypadkach strona chora dawała objawy przekrwienia—hyperaemische Form).

Co się tycze leczenia, to w wypadkach pochodzenia mięśniowego, resp. przy obecności podskórnych produktów bolesnych i stwardnień na miejscach przyczepów mięśniowych na czasie, E. uważa za właściwe massowanie, a mianowicie *tapotement i effleurage*, wykonywane jednakże przez samego lekarza, a nigdy przez tak zwanych *masserów* i *masserki*. Palce lekarza można niekiedy zastąpić tak zwanym młotkiem mięśniowym Klemm'a lub tłuczkiem Granville'a. Ręczyny te sprowadzają pewne zmniejszenie bólów, ale tylko czasowo, co niekiedy osiągnąć można za pomocą silnego ucisku. — Massowanie, tak nadużywane obecnie przy różnych cierpieniach nerwowych u osób bezkrwistych i wrażliwych, winno być stanowczo zaniechane.

Jeżeli migrena stoi w pewnej zależności od cierpień miejscowych innych narządów (nos, gardło, uszy, kiszki, organy płciowe i t. p.), należy zarządzić odpowiednie leczenie miejscowe. Ale głównie należy zwracać uwagę na istniejące zaburzenia w krwioobiegu, pobudzać wyrób krwi i regulować działalność serca.

Ze środków lekarskich przeciw migrenie oddawna stosowaną jest china. W ostatnich czasach dobre rezultaty otrzymywano przez stosowanie salicylanu sodu i antipyriny, która to ostatnia działa prędzej i nie pociąga za sobą nieprzyjemnych skutków ubocznych. (Antipyrini 1,0 w opłatku w okresie zwiastunów jedna lub dwie dawki w jednogodzinnym odstępie). Środek ten zasługuje na większą uwagę jako — *antineuralgicum*.

W końcu wspomina autor o znakomitem działaniu franklinizacji (w przeciwstawieniu do galwanizacji i faradyzacji) podczas napadów migreny. Pacjenta sadza się na izolowanym stołku. Za pomocą samodiałającej „*Influenzmaschine*“ Voss'a naładowuje się go elektrycznością statyczną dodatnią, a urządzenie dzwonowe zawieszono nad jego głową, elektrycznością statyczną ujemną. Wadliwe stosowanie galwanizacji i faradyzacji przy migrenie jak i przy wielu innych chorobach nerwowych jest, zdaniem Eulenburga, przyczyną ich bezskuteczności.

Wł. Zawadzki.

45. LEGAL. O jednej z częstszych przyczyn skrońowego i potylicowego bólu głowy. Ueber eine öftere Ursache des Schläfen — und Hinterhauptkopfschmerzes. (Cephalagia pharyngo-tympanica). *Deut. Arch. f. Klin. Med.* B. 40—H. 2.

Z pomiędzy rozmaitych form bólu głowy można wydzielić jedną różniącą się pod względem etjologicznym i symptomato-

logicznym od innych, a mianowicie mniej lub więcej silne bóle, istniejące stale lub zjawiające się pod postacią powtarzających się napadów, które umiejscawiają się przeważnie w okolicy rozgałęzień końcowych n. n. a u r i c u l o t e m p o r a l i s i o c c i p i t a l i s m a j., połączone są z bolesnością przy ucisku tychże nerwów i innymi zmianami czuciowymi w sferze ich rozgałęzień. — Bóle te leczą się przez odpowiednie traktowanie współcześnie istniejących katarów gardła lub ucha średniego.

Częściej obserwować można bóle skroniowe, niż potylicowe. Bóle obustronne zjawiają się nader rzadko. Strona lewa ma pierwszeństwo przed prawą. Strona cierpiąca zwykle odznacza się nadczułością, osłabienie czucia spostrzega się w wyjątkowych wypadkach. Zaburzeń ruchowych, naczynioruchowych, wydzielniczych, odżywczych nie bywa prawie nigdy. Na przebiegu rozgałęzień wyżej wspomnianych nerwów przy ścisłem badaniu zawsze wyszukać się dają mniej lub więcej bolesne punkty (points douloureux), częściej na n. a u r i c. t e m p o r. (point temporal Valleix). Ból skroniowy zdaje się być zależnym więcej od chorób ucha średniego, podczas gdy ból potylicowy częściej spotykać się daje przy cierpieniach gardła.

Zmiany jakie widział autor w przewodzie słuchowym swoich chorych, zwykle były nieznaczne. Zagłębienia, zmętnienia, nieznaczne zniszczenia, niekiedy wyraźne przekrwienie błony bębenkowej. Słuch bardzo nieznacznie osłabiony. Brak zupełny szumu w uszach lub zawrotu głowy. Brak zmian poważniejszych jest przyczyną, dla czego rzecz ta dotychczas nie zwróciła na siebie uwagi lekarzy.

Możnaby nawet wątpić o możliwej zależności pomiędzy tak małemi zmianami błony bębenkowej i silnym bólem głowy, gdyby nie dobre rezultaty terapii ściśle miejscowej. W większości wypadków autor stosował wdmuchiwanie powietrza według Politzer'a, — w wypadkach cięższych wdmuchiwanie powietrza od strony gardła za pomocą kateteru (T u b e n k a - t h e t e r).

Cierpienie gardła najczęściej zjawiało się pod postacią zwykłego kataru. Inhalacje jednoprocetowego roztworu soli kuchennej lub, w wypadkach cięższych, pędzlowanie jodem z gliceryną (1 - 2% Bresgen) okazywały się zupełnie dostatecznymi do usunięcia choroby. Przy pędzlowaniu należy dosięgać miejsca otworu trąbki Eustachego.

Sprawy zależności cierpienia gardła lub ucha do bólu głowy L. objaśnia zjawiskiem promieniowania dośrodkowego z gałązek nerwowych chorej błony śluzowej.

W końcu zwraca autor uwagę, że silne bóle głowy zjawiające się w początku niektórych ostrych chorób ogólnych (tyfus) mogą być skutkiem współistniejącego cierpienia gardła lub ucha.

Wł. Zawadzki.

46. F. UNGAR. **Antipyrina przy połowicznym bólu głowy.** (Antipyrin bei Hémikranie). *Centr. f. Gesam. Med.* N-r 45—1886.

Niejakie podobieństwo w działaniu pomiędzy salicylanem sodu i antypyriną skłoniło autora do wypróbowania antypyriny przy migrenie. U osób dorosłych jednorazowa dawka 1,0 i w wyjątkowych wypadkach 1,5 antypyriny zaaplikowana w okresie zwiastunów przed napadem migreny w wielu wypadkach niedopuszczała napadu lub też czyniła go o tyle słabszym, że chorzy bez przeszkody mogli zajmować się zwykłą pracą.

Jeżeli w godzinę po pierwszej dawce działanie środka nie okazywało się, autor powtarzał taką samą dawkę (w opłatku). W ten sam sposób stosowana antipyrina podczas samego napadu, przerywa go lub znacznie osłabia.

Żadnych nieprzyjemnych działań ubocznych autor nie spostrzegął nigdy. Niestety, zaznacza autor, jest to tylko środek paliatywny, i u wielu osobników nie okazuje działania żadnego.

Wł. Zawadzki.

47. Ch. FIRKET. **Warunki anatomiczne dziedziczości gruźlicy.** Étude sur les conditions anatomiques de l'hérédité de la tuberculose. *Revue de Med.* 1887. N. 1.

Dzieci suchotników mogą odziedziczyć po rodzicach pewne usposobienie do przyjęcia zarazka gruźliczego i w ten sposób po największej części wyraża się dziedziczność suchot, albo też rodzac się, mogą przynieść ze sobą na świat gotowy zarazek gruźlicy.

To ostatnie zdanie chociaż nie dowiedzione, starają się utrzymać Baumgarten, Landozuy i Martin. Za tem też przemawia przypadek gruźlicy u noworodka krowy gruźliczej spostrzegany przez Johne.

Ważność tej kwestyi wymaga dokładnego zbadania warunków niezbędnych do przeniesienia zarazka gruźliczego na płód.

Zarazek mógłby przeniknąć do płodu wraz z nasieniem lub jajkiem, albo też z matki przez łożysko. Przeniknięcie prątków gruźliczych z nasieniem lub jajkiem zdaje się niemożliwym, trudno przypuścić, aby w takich warunkach, przy ciągłej walce komórki z pasorzytem, płód mógł się rozwinać. — Prędzej już prawdopodobne jest przenikanie laseczników przez łożysko, tembardziej, że rozmaici badacze obserwowali przenikanie pewnych bakteryj z matki do płodu przez naczynia łożyskowe. Aby to było możliwe trzeba jednak koniecznie, ażeby we krwi matki znajdowały się laseczniki. Tymczasem laseczniki we krwi znajdujemy tylko przy ostrej prosówkowej gruźlicy, ale i w gruźlicy przewlekłej, czyli zwykłych suchotach, muszą od czasu do czasu znajdować się laseczniki we krwi zaniesione bądź biegiem limfy, bądź też na skutek pęknięcia małego ogniska gruźliczego do naczynia krwionośnego. O cza-

sowej obecności laseczników we krwi sądzić możemy z rozwoju gruzelków w rozmaitych organach, lecz to właśnie kwestyja jaki organ ma pod tym względem najwięcej znaczenia. Najlepiej byłoby badać organ najmniej mający zetknięcia z zewnętrznym otoczeniem, np. gruczoł tarczowy: lecz w organie tym w ogóle rzadko odkładają się obce ciała ze krwi bądź nieorganiczne, bądź pasorzyty. — Gruzlica wątroby często bywa skutkiem miejscowej gruzlicy kiszki, lub gruczołów krezkowych. — Tak więc, gdybyśmy chcieli sądzić o ogólnem zakażeniu krwi po gruzlicy wątroby, to mielibyśmy ogólną gruzlicę zbyt często, a gdybyśmy sędzili podług gruczołu tarczowego, to zbyt rzadko. Gruzlica kiszki często jest cierpieniem miejscowem, a nie wynikiem ogólnego zakażenia. Zdaje się że najlepiej sędzić o ogólnej gruzlicy podług gruzlicy nerek, tam gruzlica pierwotna od gruzlicy wtórnej (embolicznej) wyraźnie się odróżnia.

Z 819 sekcij dokonanych w ostatnich latach w pracowni anatomo-patologicznej w Liège było 141 przypadków gruzlicy chronicznej, z tych tylko 30 przyp., a więc w 21% można było gołym okiem określić gruzlicę nerek. Przypuśćmy że przeoczono pewną ilość przypadków gruzlicy nerek, to zawsze można powiedzieć, że więcej niż w połowie przypadków nie było wtórnej gruzlicy nerek, a więc nie było ogólnego zakażenia. — Frerichs znajdował porażenie gruzlicze nerek w 30% wszystkich przypadków suchot płucnych, Steinthal w 28%. Cyfry te nieco wyższe od znalezionych przez autora, potwierdzają jednak jego zdanie. — A więc więcej niż w połowie wypadków przewlekłej gruzlicy nie mamy prawa przypuszczać obecności laseczników we krwi.

Pozostaje jednak dość znaczna ilość przypadków zakażenia ogólnego, gdzie laseczniki były we krwi, a więc mogłyby przeniknąć przez łożysko do płodu. Dowodów na to żadnych nie posiadamy, przeciwnie zaś przemawia spostrzeżenie Jani, który w przypadku ostrej gruzlicy znalazł laseczniki w organach, a nie znalazł ich w łożysku. Przytem gruzelki u noworodka znajdują się tylko wyjątkowo. Jani nie znalazł ich w przypadku, gdzie matka umarła od prosówkowatej gruzlicy. Haller widział gruzlicę macicy bez porażenia płodu. — Villemin i Max Wolff w doświadczeniach na zwierzętach również nie widzieli gruzlicy u noworodków.

Warunki krążenia krwi u płodu również przemawiają przeciw hipotezie o przenikaniu laseczników przez łożysko. — Krew z żyły pępkowej wylewa się do wątroby, tam więc należałoby przedewszystkiem szukać gruzlicy dziedzicznej. Część krwi przez przewód żylny Arantiusza wpada do żyły próżnej dolnej, do prawego przedsionka, ztąd przez przewód Botalliusza do lewego serca, aorty, głowy i kończyn górnych, a płuco tylko bardzo mało krwi otrzymuje z żyły pępkowej, a więc powinno być usposobione do przyjęcia zarazka. Szczególne upodobanie gruzlicy do umiejscowienia w płucach, sprzeciwia się hipotezie wrodzonego zakażenia przez łożysko. Isto-

tnie w bardzo zresztą rzadkich przypadkach wrodzonej gruźlicy, nie w płucach, lecz w wątrobie znalezione głównie zmiany.

Z chwilą urodzenia warunki zupełnie się zmieniają, wszystkie krew przechodzi przez płuca i tam też osiadają ciała obce, krążące w krwi np. zatory (embolia) tłuszczowe, ropnie przerzutowe i t. p. Może więc mikroby krążą we krwi płodu i dopiero po urodzeniu obierają sobie stałe siedlisko i dla tego najczęściej w płucach. Przypuszczenie podobne sprzeciwiały się licznym doświadczeniom, które wykazują, że w bardzo krótkim przeciągu czasu po zaszczepieniu mikroby znikają ze krwi osiadając w rozmaitych organach. Doświadczenia te sprzeciwiają się również codziennej obserwacji, że gruźlica rozwija się dopiero w drugim dzieciństwie lub w wieku dojrzałym.— Możemy tu wziąć na uwagę, że młoda tkanka płodu lub dziecka może inaczej oddziaływać, energiczniej przeciwdziała pasorzytom niż tkanka dorosłego człowieka. Tego zdania jest Baumgarten, dla którego wrodzone zakażenie krwi jest stałym prawidłem. Według niego wrodzona odporność młodych tkanek nie pozwala rozwijać się pasorzytom i dopiero czynniki zewnętrzne osłabiając tkanki zmniejszając ich odporność dają przewagę pasorzytom. Gdybyśmy przyjęli hipotezę Baumgarten'a to nie objaśniłaby nam ona dla czego najczęściej płuca podlegają gruźlicy, lecz mogłaby wyjaśnić powstawanie ognisk gruźliczych zdala od płuc w organach nie mających związku z zewnętrznym otoczeniem np. gruzelki solitarne mózgu, gruzelki kości i stawów tak częste u dzieci.

Ostatecznie zdaniem autora, przeniesienie cierpienia przez łożysko jest możliwe, lecz tylko przy zakażeniu krwi u matki, w większości jednak przypadków przewlekłych suchot płucnych nie ma objawów zakażenia krwi.—Przenikanie zarazka przez łożysko może objaśnić przypadki powstawania pierwotnych ognisk gruźliczych zdala od płuc.

Feilchenfeld.

48. D-r A. KAMENSKIJ. **Przyczynę do wykrycia laseczników gruźliczych w plwocinie suchotników.** Z kliniki prof. J. Koszłakowa. (*Wracz* N-r 13 r. 1887).

Barwienie laseczników gruźliczych w plwocinie sposobem Koch-Ehrlich'a, chociaż łatwe w wykonaniu, przedstawia jednak niektóre niedogodności w praktyce. Nie zawsze bowiem uda się natrafić na cząstkę plwociny, zawierającą laseczniki; dla tego też nieraz, by osiągnąć cel badania, wypadnie przygotować kilka preparatów. Prócz tego samo wyszukiwanie odpowiednich cząstek plwociny i następne rozgniatanie jej na szkiełkach przykrywkowych nie jest tak dogodnym. Biedert starał się zmienić sposób Koch-Ehrlich'a, a autor sprawdzając pracę Biedert'a, zdołał znacznie przyspieszyć wynajdywanie laseczników. W tym celu dobową ilość plwociny rozprawdza się 3—6 objętościami wody, dodaje się 3—20 kropel liquoris kali caustici, i ogrzewa się do 40°—50°, mieszącą płyn bezustannie szklaną bagetką. Po 5-ciu do 15-tu minutach płyn mętnieje i wtedy może być używanym do badania, chociaż nie wszystka

plwocina już się rozpuściła. Z płynu tego bierze się szklaną pipetką kroplę, rozprowadza się ją ostrożnie na szkiełku przykrywkowym, następnie wyparowywa, przeprowadzając 5—6 razy po nad płomieniem lampki. Na preparat ten nalewa się 2—3 kropel roztworu fuksyny (nasycony spirytusowy roztwór fuksyny pół na pół z nasyconą wodą anilinową), powtórnie się go wysusza trzymając nad płomieniem przez minutę, odbarwia i następnie podbarwia się w sposób już wiadomy.

Postępując w ten sposób, autor zdołał u 10 ciu suchotników wykazać obecność laseczników po jednokrotnem badaniu. W dwóch podejrzanych wypadkach, laseczników nie znalazł, lecz i badania sposobem Koch-Ehrlich'a i Biedert'a dały również ujemne rezultaty.

K. Sierpiński.

49. Prof. PEL. **Przyczynę do badania soku żołądkowego w celach rozpoznawczych.** Doniesienie tymczasowe. (*Wracz* N. 13 r. 1887).

Badając zdolność trawienia soku żołądkowego, doszedł autor do wniosku, że takowa nie jest w związku z obecnością, lub brakiem swobodnego kwasu solnego, a nawet i pepsyny.

W niektórych przypadkach, gdzie podejrzywano rak żołądka, sok żołądkowy i po dodaniu kwasu solnego (w ilości nie większej nad 1^o/₀₀) pepsyny, albo kwasu i pepsyny, nie posiadał własności trawienia ściętego białka lub włókniaka. Normalny zaś albo sztuczny sok żołądkowy, stracił swe poprzednie własności trawienia, po dodaniu odpowiedniej ilości tego patologicznego soku *) Opierając się na tych danych, przypuszcza autor, że w pewnym stopniu choroby, żołądek wytwarza sok, zawierający pierwiastek niszczący zdolność trawienia. Pierwiastek ten w niektórych przypadkach, prawdopodobnie, rozprzestrzenia się po całym organizmie i wydziela się wraz z moczem, ponieważ autor przekonał się niejednokrotnie, że mocz tych chorych, których sok żołądkowy niszczy zdolność do trawienia normalnego soku, posiada też same własności niszczące, tymczasem prawidłowy mocz nie wpływa na przebieg trawienia.

Obecność w organizmie tego pierwiastku niszczącego trawienie, jak sądzi autor, może wyjaśnić wiele zjawisk chorobliwych.

K. Sierpiński.

50. L. RIESS. **Wartość lecznicza kory Condurango przy objawach raka żołądka.** — Ueber den Werth der Condurangorinde bei dem Symptomenbild des Magencarcinoms. (*Ber. Klin. Woch.* N. 10. 1887).

*) Riegel w swej pracy podanej w *Deutsch. Arch. f. Klin. Med.* T. 36 w roku 1884, opartej na doświadczeniach, wykazał, że rakowaty sok żołądkowy zawiera prawdopodobnie produkty niszczące kwas solny, ewentualnie więc, dodanym będąc do prawidłowego soku żołądkowego, niszczy jego zdolność trawienia. Tak więc autor powyżej referowanej pracy, stwierdza tylko znane już fakta.

(Przyp. Spraw.).

Kora Condurango w 1871 roku sprowadzona do Europy, zyskała sobie z początku wielki rozgłos, zwłaszcza po zaleceniu jej przez Friedreich'a. Wkrótce atoli zaczęto jej nadużywać, stosowano przeciw rakowi trzewiów brzusznych wogóle, rakowi organów płciowych, a także przeciw syfilisowi. Przytem badanie chemiczne wykazało zawartość żywicy, garbnika, pewnego rodzaju tłuszczu i prawdopodobnie jakiegoś alkaloidu; żadnej z tych składowych części nie można było przypisać swoistego tak doniosłego działania. To też zaczęto niedowierzająco patrzeć na nowy lek, a wielu lekarzy zupełnie go zarzuciło. — Brak dokładnych wiadomości o działaniu condurango zniewolili autora podać do wiadomości wynik swych względnie dosyć licznych spostrzeżeń.

Przy przewlekłym niezycie żołądka, jak również wrzodzie żołądka, ogółem 50 przypadków, nie widział autor żadnej przewagi condurango nad innymi gorzkiemi i aromatycznemi środkami jak rheum, trifolium. Naodwrot wzmiankowane środki lepiej niejednokrotnie były znoszone niż condurango. Również nie widział autor dodatniego działania condurango przy raku innych trzewiów brzusznych, a nie żołądka np przy raku otrzewnej, pierwotnym raku pęcherzyka żółciowego, wtórnym raku wątroby, raku przelyku. Podobnych przypadków spostrzegł autor 38.

Zupełnie przeciwnie dzieje się przy znanym obrazie klinicznym raka żołądka. Przypadków spostrzegł autor 120, dokładnych historyj chorób posiada 80 i na nich opiera swe wnioski. W żadnym wypadku nie pozostało condurango bez jakiegokolwiek dodatniego wpływu. Zwykle łaknienie zwiększało się, nudności znikaly, wymioty zmniejszały się lub zupełnie znikaly. Po 8—14 dniach znikaly lub zmniejszały się bóle żołądka. Jednocześnie chorzy podmiotowo czuli się lepiej, sił im przybywało, waga ich powiększała się lub przynajmniej bardzo nieznacznie zmniejszała. Z 47-miu przypadków, gdzie chorych dokładnie ważono w 20-tu wagi przybyło po 1 — 19 kilogr., przecięciowo 5,3 kilogr. w 13-tu waga nie zmniejszyła się, w 13-tu strata na wadze była bardzo nieznaczna względnie do zwykłego zmniejszania się wagi u chorych na raka.

O ile się zdaje stosując condurango można chorych dłużej utrzymać przy życiu. Trudno rozumie się pod tym względem o pewne dane. Z 80-ciu przypadków leczonych za pomocą condurango umarło 23 to jest 66,30%, przecięciowo po 39,5 dniach, wypisano 27 to jest 83,70% po 54,8 dniach w przecięciu. Z ostatnich 24-ch wyszło z poprawą. 3-ch wyleczonych. — Ze 116-tu leczonych bez condurango zmarło 107, to jest 92,2½% przecięciowo po 22 dniach, wypisano 9 to jest 7,80% po 11,7 dniach przecięciowo; z ostatnich 5 z poprawą, 4 bez poprawy. Porównanie wypadka na korzyść condurango.

Najbardziej zadziwiającem jest zmniejszanie się guza. Podobny przypadek opisał Friedreich, później Orszewczky i Erichsen. —

Z 67-miu przypadków spostrzeganych przez autora, gdzie

guz dokładnie można było wymacać, w 17-tu guz widocznie się zmniejszył, a w 8-miu prawie zupełnie znikł. Można zrobić zarzut, że rozmaite okoliczności, jako to rozmięczenie guza; zmiana położenia żołądka i t. p. utrudniają wyłaczenie guza, dla tego też ogromne mają znaczenie 3 przypadki, w których dokonano rozbioru anatomicznego ciała. Przypadki te tyczą się chorych z bardzo wyraźnymi objawami raka żołądka i wyczuwalnym guzem.

Pod wpływem condurango ogólny stan tych chorych znacznie się poprawił, guz znakomicie zmalał. Po pewnym przeciągu czasu dwóch z nich zmarło na suchoty, trzeci syfilytyk na ropne zapalenie stawu kolanowego. Rozbiór anatomiczny we wszystkich tych przypadkach wykazał ograniczone zgrubienie łączno-tkankowe bez elementów rakowych. Autor nie dowodzi stanowczo, że w danych przypadkach był rzeczywiście rak żołądka wyleczony za pomocą condurango, w każdym razie był zbiór objawów, na zasadzie którego rozpoznajemy zwykle raka żołądka.

W jaki sposób condurango działa przy raku żołądka nie może objaśnić. Orszewczy i Erichsen utrzymują, że tkanka łączna rozwijająca się pod wpływem condurango niszczy elementy nowotworu. Zauważyć należy, że condurango działa głównie na raka w pobliżu odźwiernika, co zdaje się jest w związku z dłuższem stykaniem się miejsca porażenia z roztworem condurango. Niektórzy utrzymują, że przy raku skóry działają również dobrze okłady z odwaru kory condurango.

Ostatecznie autor gorąco zaleca stosowanie condurango przy pewnem lub też prawdopodobnem rozpoznaniu raka żołądka. W wyjątkowych wypadkach może nastąpić zupełne wyleczenie, a prawie zawsze znakomita poprawa. R. stosował odwar z 10,0 (2½ dr.) na 180,0 (6 unc.) z dodatkiem syropu, jako ilość dzienną.

Feilchenfeld.

II. Chirurgija, Rhinologija i Otjatrija.

51. Prof. BILLROTH. **O wrzodach gruźliczych języka.** Zungengeschwüre. Chirurgische Klinik des Hofrath prof. Billroth. (*Wien. Med. Zeit.* N. 9—1886).

Przedstawiając słuchaczom swoim chorego z wrzodem gruźliczym języka, B. rozpatruje w ogóle wrzody, jakie zdarzyć się mogą na języku.

Powierzchniowe nadżarcie błony śluzowej języka mogą zdarzać się na rozmaitych miejscach tego narządu przy niezycie żołądka, niestrawności. Podobne wrzody, pokryte lekkim białym nalotem, zlewające się ze sobą, oznaczają mianem soor. Wrzody te, jak wiadomo, powstają z powodu obecności w jamie ustnej swoistych grzybków, i również jak afity, nie sięgają głębiej nabłonka i najpowierzchniejszej warstwy brodawek.

Do powierzchownych należą także wrzody błonicowe języka, bardzo rzadko stanowiące tu zjawisko pierwotne. Dlatego samego rodzaju wrzodów należy pewna forma przymiotu języka, przy której z powodu przerostu pojedynczych grup brodawek, tworzą się na języku brzoźdy, tak że narząd ten zdaje się być przez nie rozdzielonym na kilka części. Przy tem język jest obłożony, nacieczenia nigdzie znaleźć nie można, do głębszych owrzodzeń forma ta nigdy nie prowadzi. — Wreszcie łuszczyca języka przedstawia białe nacieczenia na powierzchni języka; choroba ta zdarza się często, i, jak się zdaje, prawie zawsze u ludzi dotkniętych przymiotem, którzy przytem są namiętyni palcami. Samo palenie, ani sam przymiot, nie wywołują jej. Z tych małych nacieczeń, które zajmują nie tylko nabłonek, ale i brodawki, może w końcu rozwinąć się rak.

Z wrzodów ograniczonych wspomina autor o szankrze miękkim na końcu języka, jako o zjawisku pierwotnem. Dalej przy istniejących łepieżach płaskich w kątach ust, zdarzają się takie same łepięże i na języku. Wrzody na języku powstawać mogą z powodu obecności spróchniałych zębów w jamie ustnej, ostrych kostek w jedzeniu i t. d. Takie wrzody odznaczają się wielką bolesnością.

Gruźlica, która daje powód do powstawania wrzodów w całym kanale pokarmowym, nie szczędzi i języka. Z początku mamy tu nacieczenie, które później rozpada się i tworzy wrzód głęboki. Czasami gruźlica języka bywa pierwszym objawem tej strasznej choroby, i ta jej forma należy do najgorszych, zabija bowiem w krótkim czasie osoby z pozoru najzdrowsze, u których powoli gruźlica płuc staje się wyraźną. — Grzybek promienicy może spowodować powstawanie ropni na języku, które po sobie często zostawiają głębokie wrzody. — Wrzody te różnią się od gruźliczych i powstałych po ropniach zimnych tem, że goją się prędko. Nakoniec mówi B. o wrzodach rakowatych języka, które mogą powstawać albo z powierzchownych owrzodzeń przy łuszczycy języka, albo z guziczków, które po pewnym czasie rozpadają się. Podobnie powstają wrzody z guzów przymiotowych.

Rozpoznawanie wrzodów języka w niektórych wypadkach bywa niezmiernie trudne. Łatwo wziąć raka za rozpadły guz syfilityczny. Jeżeli zresztą tutaj możemy jeszcze postawić dyagnozę *ex juvantibus*, to przy łuszczycy języka korzystać z tego środka nie możemy, gdyż cierpienie to, zarówno jak i rak, nie poddaje się żadnemu leczeniu.

Przy wrzodach gruźliczych języka u osobników z dobrem odżywianiem radzi B. wycięcie, w przeciwnym razie pędzlowanie nalewką jodową.

Z. Srebrny.

52. D-r G. FEURER. **O gruźlicy języka.** Ueber Zungentuberculose. Vortrag gehalten am 29 Mai 1886, in der Versammlung des aerztlichen Centralvereines in Zürich. (*Wien. Med. Blätter* NN. 36 i 37—1886).

Gruźlica języka, jamy ustnej i gardzieli zdarza się sto-

sunkowo rzadko i dotychczas nie była przedmiotem tak dokładnych badań jak gruzlica innych narządów. Rozpoznawanie gruzlicy języka nie ma nawet dotychczas stałych i pewnych podstaw, i niektóre jej formy często bywają źle dyagnozowane. — Najczęstszą formę gruzlicy języka stanowią powierzchowne bardzo bolesne wrzody z szaro-żółtym nalotem, występujące w ostatnich okresach suchot płucnych. Powstają one, jak wiadomo, skutkiem zarażenia wyplwaną plwociną. Dla czego jednak zakażenie takie zdarza się stosunkowo rzadko, tłumaczy się tem, że ślina jest płynem, niesprzyjającym rozwojowi laseczników gruzliczych, i że język jest organem czysto mięsistym z małą ilością zawartych w błonie śluzowej gruczołów, rozwój zaś gruzlicy w istotnej tkance mięsnej należy do wyjątków i najczęściej może zdarza się wtenczas, gdy przy tendosynovitis tuberculosa powstaje ognisko i w odnośnym mięśniu.

Drugą formę gruzlicy języka przedstawiają guzy, które jeżeli nie zawsze, to często ukazują się już wtenczas, kiedy w płucach i innych narządach gruzlicy rozpoznać jeszcze nie można. Są to wypadki tak zwanej pierwotnej gruzlicy języka. Nie znaczy to jednak, aby przy oględzinach pośmiertnych nie znaleziono więcej nigdzie gruzlicy, autor we wszystkich wypadkach swoich znalazł ją, czy zaś zdarzały się wypadki przeciwne, o tem nie wie. Ponieważ drobne, skłonne do zabliznienia ogniska w płucach nawet przy najdokładniejszym badaniu mogą ująć uwagi lekarza, powiada więc F. że pod pierwotną formą gruzlicy języka należy rozumieć taką, przy której podobnego cierpienia w innych narządach za życia znaleźć nie można.

Przy omawianej formie gruzlicy języka, obok mniej więcej charakterystycznego wrzodu gruzliczego, znajdujemy nacieczenie w tkance języka, które dnu wrzodu i sąsiedniej części języka nadaje niezwykłą twardość i zwykle bywa uważane za raka. Nacieczenie to składa się zwykle z mniej więcej ostro ograniczonych ziarenek, leżących osobno lub w kupce, zwykle biało-szarych, przezroczystych lub mętnych. Pod drobnowidzem ziarenka te okazują się gruzelkami ze wszystkimi ich charakterystycznymi cechami; nie brak w nich i laseczników.

Skutkiem owego nacieczenia język puchnie, czasami do takiego stopnia, że wypełnia całą jamę ustną i na brzegach nosi ślady odcisniętych zębów. Mowa i przyjmowanie pokarmów znacznie utrudnione. W tym stanie gruzlica języka może być mylnie uważaną za ostrawę zapalenie tego narządu. Przebieg może być gorączkowy dopóty, dopóki pod wpływem płukan dezynfekcyjnych, a czasem i bez nich, obrzmienie powoli się nie zmniejszy. Ból przy dotknięciu lub jedzeniu bardzo silny. — W wypadkach z przebiegiem przewlekłym ostatniego objawu może nie być. — Bólów strzelających, jak również bólów ucha, które tak często zdarzają się przy raku języka, tutaj nigdy nie znajdujemy. Ztąd już wynika rozmaity stosunek rakowatego i gruzliczego nacieczenia do zdrowych tkanek, osobliwie do nerwów. Rak nie szczędzi żadnej tkanki którą napotyka, niszczy wszystko, nawet nerwy; gruzlica trzyma się w granicach tkan-

ki łącznej, a jeżeli wywołuje rozpad innych tkanek, to nie bezpośrednio, lecz skutkiem odcięcia dowozu materjału odżywczego.

Co się tyczy wrzodu na powierzchni gruzliczego ogniska, to przy ostrym przebiegu może on porobić na języku znaczne zniszczenia, podobne do raka, przy przewlekłych formach utrata tkanki pozostaje tylko powierzchowną. — Niektórzy opisują gruzlicze nacieczenia, pozostające dłuższy czas bez wszelkiego owrzodzenia, albo tworzące ograniczony ropień w tkance języka. W tych głównie wypadkach odróżnienie gruzlicy od guza przymiotowego przedstawia wielkie trudności i rozpoznanie może być tylko *ex juvantibus*.

Przy gruzlicy języka obrzmiewają najprzód gruczoly podszczękowe, dochodząc zwykle do wielkości wiśni, nigdy do tych rozmiarów, w jakich widzimy je przy raku.

Co się tyczy sposobu powstawania drugiej formy gruzlicy języka, to najprawdopodobniejszym jest tu bezpośrednie zarażenie z powierzchni języka.

Jeden z chorych autora około 6 miesięcy przed operacją odgryzł sobie mały kawałek języka. Rana nie goiła się, powstał wrzód, naokoło którego język coraz bardziej puchł i twardniał. W drugim wypadku chory na rok przed amputacją języka zauważył w okolicy końca języka na brzegu mały bolesny guziczek, który powoli się rozpadał. Okoliczność, że guziczki te mają swój *locus praedilectionis* na brzegu języka, mogłaby, według autora przemawiać za zakażeniem z zewnątrz. Gruzlicę języka zwykle spostrzegamy w późniejszym wieku. Chorzy autora mieli jeden 72, drugi 50 lat. Jeden tylko chory, który ugryzł się w język, miał lat 34.

W różniczkowem rozpoznawaniu pomagają drobnowidzowe zbadanie wyciętego dla próby kawałka guza. Należy jednak zauważyć, że brak laseczników lub olbrzymich komórek nie dowodzi jeszcze niczego, gdyż zdarzyć się może, że właśnie we wziętym do badania kawałku znaleźć ich nie można.

Od usunięcia chorej tkanki drogą chirurgiczną tylko wtenczas lekarz powinien się wstrzymać, gdy ogólny stan, a zwłaszcza daleko posunięta gruzlica płuc na to nie pozwala. Tam gdzie w sąsiedztwie wrzodu znajdują się drobne guziczki (*tuberculosis milliaris*), nawet przy niezbyt silnie wyrażonej gruzlicy płuc, powinniśmy się wstrzymać od operacji, guziczki owe bowiem oczekują tylko pierwszego lepszego bodźca, aby się rozpaść, zagojenie zaś ich przez usunięcie wymaga zbyt wielkiej rany.

Jeżeli zaś na brzegu języka znajdują się ograniczone wrzody, to usunięcie ich przez wycięcie klina i zeszcycie stanowi tak mały uszczerbek dla chorego, a efekt jest tak wielki, że nawet przy niewątpliwie istniejących suchotach płucnych powinno być wykonane. W jednym z wypadków autora rana taka zagoiła się *per primam* i dotychczas, to jest dwa lata po operacji, recydywy nie ma, pomimo to, że gruzlica płuc postępuje wciąż dalej. Przy nacieczeniach gruzliczych języka, tak zwanych for-

mach pierwotnych, przy których cierpienia innych narządów nie znajdujemy, postępowanie jest takie same, jak przy raku; metody operacyjne te same.

O zalecanem przez innych chirurgów wyłęczkowaniu wrzodów gruzliczych języka F. nie wypowiada swego zdania, sądzi jednak, że metoda ta nie daje pewności co do zupełnego usunięcia cierpienia. Co się tyczy miejscowego leczenia lekarstwami, to niektóre z zalecanych środków, osobiście przeciwnie w wypadkach nie kwalifikujących się do operacji, okazują się pożytecznymi. — W końcu zwraca jeszcze autor uwagę na płókanie z kamfory w stosunku 1:300, które w jednym z jego wypadków przy rozlanej gruzlicy wewnętrznej powierzchni wargi dolnej i policzka ożywiły ziarninę wrzodów i znakomicie zmniejszyły ból.

Z. Srebrny.

53. Prof. SCHWIMMER. **Przyczynek po patologii języka.** Beiträge zur Glossopathologie. (*Wiener Med. Woch.* N. 8. 9, 10—1886).

Praca autora dzieli się na dwie części: w pierwszej mówi autor o działaniu papajotyiny przy łuszczycy języka, w drugiej o nerwobólach tego narządu. Przeciwno łuszczycy zalecane były różne środki, żaden jednak dotychczas nie ziścił pokładanych w nim nadziei. Korzystając z obfitego materiału, S. wypróbował po kolei przy omawianem cierpieniu wszystkie możebne środki, żaden nie okazał się skutecznym. Roztwory sodu przynosiły zresztą ulgę chorym. Gdzie cierpienie rozwijało się na tle syfilitycznem, tam sublimat w stosunku 0,5 do 1 na 100 oddawał niezłe usługi, ułatwiając gojenie się powierzchownych wrzodów i złuszczeń nabłonka, towarzyszących każdej łuszczycy języka. W wypadkach natury nieprzymiotowej sublimat używany przez autora jako zlekka przypalający środek, żadnej nie przynosił korzyści. Kwas chromny (1 — 4%) na powierzchowne utraty tkanki działał nieraz korzystnie, na głębsze—pozostawał bez działania, zgrubień nabłonka nie usuwał. Silniejszy (20%) roztwór kwasu chromnego, zalecany przez Vidala, nie mógł być nigdy więcej nad jeden raz użyty przez autora, z powodu znacznego bólu, jaki tej manipulacyi towarzyszył. — Niemniej bolesnem okazało się użycie, chwalonego przez Unn'ę, roztworu sublimatu lub jodoformu w eterze lub alkoholu w formie Spray'u. — Kaposi, jak dawniej, tak i obecnie używa mocnych roztworów azotanu srebra (aa), utrzymując, że środek ten nigdy go nie zawiódł; stan chorych często poprawiał się na dłuższy czas.

S. jest przeciwnikiem silnych przypalań z tego względu, że krótkotrwałe polepszenie chory musi okupywać wielkimi cierpieniami. Ostrą łyżeczkę i żegadło autor zgodziłby się stosować tylko przy złośliwych nowotworach, powstałych z powodu łuszczycy języka.

Kwas mleczny użyty w ostatnich czasach z dobrym skutkiem przez D-ra Joseph'a w Berlinie, zalecany również przez Schiff'a w towarzystwie lekarskiem w Wiedniu, mógłby według autora okazać się środkiem korzystnym.

Rezultaty badań Wittmack'a, Rossbach'a, Würz'a i innych nad papajotyńą, zachęciły autora do zastosowania tego środka przy łuszczycy języka. Używając go jednak w przeciągu dwóch lat, S. doszedł do zupełnie niespodziewanego rezultatu: środek ten nie zmienia zgoła patologicznego zabarwienia, ani też nie niszczy nagromadzonych warstw nabłonka, ale za to przyspiesza gojenie się bolesnych miejsc pozbawionych nabłonka. Chorzy dotknięci łuszczycą języka, szukają pomocy lekarskiej głównie z powodu bolesnych, często głębokich brzd w tkance języka, które zdarzają się zawsze przy tem cierpieniu. Przeciwno tym właśnie wrzodom papajotyńa okazała się bardzo dobrą. Dalej przytacza S. z 25-ciu wypadków łuszczycy języka 10 leczonych tym środkiem z dobrym skutkiem. W końcu pierwszej części autor zwraca jeszcze uwagę na to, że nie uważa bynajmniej papajotyńy za środek swoisty przeciwko cierpieniom języka, chce tylko podnieść jej lecznicze znaczenie. W jednym wypadku gruźlicy języka, wrzód po 3-tygodniowym leczeniu papajotyńą przestał chorem dokuczać, oczyścił się i okazywał skłonność do zagojenia się.

S. używa papajotyńy w następującej formie:

Rp. Papayotini 0,5—1,0.

Aq. destill.

Glycerin.

aa 5,0.

Roztworem tym pędzluje chore miejsca 2 do 5 razy dziennie.

Drugą część swej pracy rozpoczyna autor od etjologii nerwobólów języka. W niektórych podręcznikach znajdujemy zdanie, że nerwoból języka może zależeć od cierpienia nerwu trójdzielnego, może być formą symptomatyczną lub też idiopatyczną, czystą newralgią, mającą siedlisko swoje w nerwie językowym. Dechambre, Valleix, Clark, Fairlie i inni powiadają, że nerwobóle te występują w formie ataków przeważnie w lewej połowie języka, nie przechodząc na prawą. Są to wypadki typowego nerwobólu, nie wyczerpują jednak rozdziału o głosodynii. Albert widzi przyczynę nerwobólów języka w znajduwanem często przez siebie powiększeniu jednej z tylnych brodawek na brzegu języka. Taka powiększona brodawka okazała się zawsze bolesną przy dotykaniu sondą. Według tegoż autora cierpienie to zdarzać się ma tylko u hysteryczek i z cierpieniem nerwu językowego nic wspólnego nie ma.

Kaposi, zarówno jak i S. owej bolesnej brodawki nie znajdowali. — Wogóle nerwobóle języka w stosunku do innych chorób tego narządu są rzadkie. W przeciągu ostatnich 7-miu lat w ogólnej liczbie 126-ciu wypadków chorób języka S. znalazł tylko 28 razy czysty nerwoból. Z 8-miu wypadków spostrzeczanych w ostatnich czasach, autor wyciąga wnioski następujące:

Częstszego występowania tego rodzaju nerwobólów u kobiet, wbrew zdaniu Kaposi'ego i Alberta, S. nie mógł skonstatować: wszyscy chorzy (8) byli mężczyźni, ludzie pracy, bez za-

dnych nerwowych dolegliwości. Z pomiędzy wszystkich 28 wypadków 10 było kobiet, a zatem mniej niż połowa ogólnej liczby.

Wiek chorych wahał się między 35 a 52 rokiem życia. — Ogólnego wniosku o istocie omawianego cierpienia S. ze swoich wypadków wyciągnąć nie mógł, nigdzie nie znalazł owego „point douloureux“ Albert'a, — nie we wszystkich wypadkach widział owo złuszczenie nabłonka, a którym wspomina Kaposi; zresztą zdarzają się powiększone brodawki i złuszczone nabłonek bez żadnego śladu nerwobólu. W dwu tylko ze swoich wypadków mógł autor znaleźć mniej więcej pewną przyczynę: w jednym gościec stawowy (pod wpływem swoistego leczenia ustąpił nerwoból języka), w drugim ciemno-czerwoną bolesną plamę na języku.

Co się tyczy leczenia nerwobólów języka, to rzecz naturalna, tam gdzie mamy do czynienia z jakimkolwiek ogólnym cierpieniem, tam przeciwko temu ostatniemu walczyć wypada. Brom, chloral, chinina, salicyl przy typowych bólach i tle reumatycznym są niewątpliwie wskazane.

Skutecznego leczenia miejscowego dotychczas nie posiadamy, autorowi papajotylna czasami oddawała niezłe usługi. Wogóle mamy tu do czynienia z zupełnie nieznaną natury nerwobólem, którego siedliska według S. najprędzej szukać należy w włóknach nerwu językowego i który zawdzięcza pochodzenie swoje prędkiej przyczynom ośrodkowym, niż obwodowym. Przeciwko cierpieniu innych gałęzi nerwu trójdzielnego lub językogardzielowego mówi ból jedynie do języka ograniczony, przeciwko cierpieniu nerwu współczulnego — brak zaburzeń w odżywianiu.

Z. Srebrny.

54. Prof. STOERK. **O miejscowym leczeniu ropnego zapalenia jamy Highmor'a.** — Ueber die lokale Behandlung des Empyems der Highmorshöhle. (*Wiener Med. Woch.* N. 43. 4886).

Przed niedawnym czasem podał Mikulicz sposób leczenia wymienionego w tytule cierpienia. Mikulicz toruje sobie drogę do jamy Highmor'a, przebijając narzędziem w kształcie sztyletu dolną muszlę i boczną ścianę dolnego przewodu nosowego. Jeżeli zasada, że jama najłatwiej może być opróżniona ze swej zawartości, gdy otwór jej znajduje się na dole, jest najzupełniej słuszną, to z drugiej strony metoda M. przedstawia wielkie trudności, a przy istnieniu drogi naturalnej jest zbyteczną.

S. przypomina więc, że jeszcze w roku 1879 w dziele swem pod tytułem „Klinik für Kehlkopfkrankheiten“ podał daleko prostszą metodę. Na przednim brzegu średniej muszli znajdują się zawsze otworki prowadzące do jamy Highmor'a, według Henle'go na bocznej ścianie nosa mniej więcej we środku średniego przewodu nosowego takż sam otwór znaleźć można.

Autorowi zawsze udawało się na preparatach tędy przeprowadzić cienki zgłębnik do jamy Highmor'a. Widzieć jednak te otwory przy badaniu nosa często bywa bardzo trudno. Jeżeli więc samo cierpienie nie ułatwia mu tego w postaci kropli ropy, sączącej się z owego otworu, to S. oprócz rozszerzenia nosa wazelnikiem pomaga sobie jeszcze w ten sposób, że wprowadza do nosa skręcone tampony z waty, które wywierając ucisk na zawsze w takich razach obrzmiałą błonę śluzową, wyciskają z niej zawartość i tym sposobem rozszerzają jamę nosową. Gdy więc w ten sposób uda się dostrzedz drogę prowadzącą do jamy Highmor'a, S. bierze strzykawkę zakończoną cienką, nieco zagiętą rurką, i wprowadza ją do znajdującego otworu i przestrzykuje jamę.

W wypadkach zaś, gdzie pomimo wszelkich starań nie udaje się dojrzeć ujścia jamy z powodu silnego obrzęku błony śluzowej nosa, S. używa nieco większej strzykawki (aby strumień płynu był silniejszy) zakończonej prostą kauczukową rurką, której otwór znajduje się z boku blisko końca. Na strzykawce znajduje się znak, odpowiadający otworowi rurki. Wprowadziwszy rurkę do średniego przewodu nosowego, tak aby otwór mniej więcej znajdował się w okolicy ujścia jamy Highmor'a, S. zaczyna przestrzykiwać nos, posuwając rurkę w tył i naprzód dopóty, dopóki chory nie powiada, że czuje płyn w szczękce. Wówczas S. odmierza na strzykawce przestrzeń od bocznego otworu rurki i wie raz na zawsze, jak daleko ją wprowadzać należy u danego chorego.

Jakkolwiek metoda ta przedstawia także pewne trudności, zwłaszcza gdy się chce wprowadzić zagięty koniec rurki do jamy Highmor'a, to autor jednak przekłada ją nad wszelką inną. — Wspomniana przez niego w tem samym dziele próba opróżnienia jamy przez wyrwanie pierwszego lub jednego z ostatnich zębów trzonowych, co zresztą samo przez się stać się może, gdy ząb zaczyna się ruszać, lub wypada, połączona jest dla chorych z wielu nieprzyjemnościami. Chorzy tacy, u których ciągle ropa przez usta przechodzi, tracą apetyt i smak. — (Przyp. spraw. Dentyści, którzy najczęściej mają chorych takich w leczeniu, radzą tu sobie w ten sposób, że po przestrzyknięciu jamy od strony zębodołu, zatykają go zębem sztucznym).

Zapalenie jamy Highmor'a występuje zwykle pod postacią nerwobólu szczęki górnej. Błona śluzowa jamy tej samodzielnie rzadko choruje, zwykle cierpienie przechodzi z błony śluzowej nosa.

Srodki używane do przestrzykiwań jamy, powinny być brane w stanie ciepłym i w słabym roztworze, skoncentrowane roztwory wywołują silną reakcję. Autor używa 1% — 2% roztworu azotanu srebra, salicylanu sodu, soli kuchennej, garbnika i w wyjątkowych wypadkach cynku. (Przyp. spraw. — Cynku używa autor tylko przy utracie powonienia, środek ten bowiem zabija zmysł powonienia).

Obok tego leczenia za pomocą iniekcji, chwali S. wpro-

wadzenie tamponów z waty, skręcanych na drutach. W tym celu bierze się drut używany do robienia pończoch, owija się go małą ilością waty i dopóty skręca się ją pomiędzy dłońmi, dopóki nie dojdzie do grubości angielskiego bougie N-r 10, następnie tak zrobiony tampon zdejmuje się z drutu i, posmarowawszy go maścią cynkową, wprowadza się do średniego przewodu nosowego. Tego rodzaju tampony bywają bardzo dobrze całemi godzinami znoszone przez chorych.

W ogóle leczenie ropnego zapalenia jamy Highmor'a stanowi dla lekarza jedno z najwdzięczniejszych zadań i zawdzięcza pochodzenie swe dokładniejszemu badaniu jamy nosowej.

W końcu dodaje jeszcze autor, że przy badaniach przedsięwziętych w ostatnich czasach przez niego, okazało się, że na wielu preparatach szczęki górnej nad zębodołami znajdowała się osobno blaszka kostna, która całkowicie zamykała komunikację między zębodołem, a jamą Highmor'a. W takim wypadku może się zdarzyć, że przy zamierzonem przejściu do jamy Highmor'a z dolnego przewodu nosowego metodą Mikulicza, nie wchodzi się wcale do niej.

Z. Srebrny.

55. COMBE. **Nieżyt jamy Highmor'a, granice jego uleczalności i leczenie za pomocą proszków przeciwnilnych, a w szczególności za pomocą jodolu.** Catarrhe du sinus maxillaire. Les limites de sa curabilité. Sont traitement par les poudres antiseptiques et par particulier en l'iodol. (Deuxième congrès français de chirurgie). *Progr. Med.* N-r 44.

Jedyne leczenie omawianego cierpienia według C. zasada się na trepanacji jamy i wstawieniu rurki, a następnie na wdmuchiwanu proszków przeciwnilnych, poprzedzonym iniekcjami. Przestrzykiwania przez nos nie odnoszą żadnego skutku. Z proszków przeciwnilnych autor najbardziej zaleca jodol; do przestrzykiwań używa karbolu z gliceryną. Przy tej metodzie leczenia, jeżeli choroba trwa nie dłużej nad tydzień, 8 dni wystarczają do zupełnego usunięcia cierpienia, gdy choroba trwa już dwa miesiące, to do wyleczenia potrzeba takiegoż czasu, gdy zaś cierpienie zaczęło się więcej niż przed 5-ciu miesiącami, to wyleczenie udaje się tylko w bardzo rzadkich wypadkach, zwykle tacy chorzy skazani są na noszenie rurki przez całe życie.

Z. Srebrny.

56. Prof. E. NEUMANN. **O powstawaniu żabki (ranula) z przewodów gruczołowych Bochdalek'a u nasady języka.** (*Arch. f. Klin. Chir.* Langenbecks. XXXIII Band, 3 Heft,

Neumann, badając ściankę żabki, zauważył w dwóch wypadkach, że wewnętrzną powierzchnię pokrywa przybłonek rześkowy, pod którym znajduje się warstwa drobnych, okrągłych komórek. To samo w jednym wypadku widział v. Recklinhausen, lecz nie zwrócił uwagi, jakie znaczenie może mieć powyższe odkrycie dla wyjaśnienia powstawania żabki i utrzy-

muje, że siedliskiem tej torebki jest gruczoł Blandin-Nuhn'a, leżący na końcu języka.

Powyższe objaśnienie jest błędem, ponieważ gruczoł Blandin-Nuhn'a, nie posiadający wcale przyblonka rzęskowego, nie może dać początku torbieli ze ścianą pokrytą tym przyblonkiem, trzebaby chyba przypuścić, że w pewnych patologicznych warunkach może jakkolwiek komórka nabłonkowa zamienić się w komórkę przyblonkową rzęskową, ale fakt taki nie zgadza się z obecnymi pojęciami w anatomii patologicznej (Waldeyer) i tylko wyjątkowo zdarza się w torbielach pochodzenia potworowego np. w jajnikach, wątrobie, przelyku.

Neuman twierdzi, że wszystkie żabki (Ranulacystes), w których znajduje się przyblonek rzęskowy, pochodzą z jednej części języka obdarzonej tym przyblonkiem, mianowicie z przewodów gruczołowych Bochdalek'a, przewody te zaczynają się w okolicy ślepego otworu języka nagłośniowego, a reszta przechodzi wskrós mięśni żuchwo-językowych do dna jamy ust. — W wypadku opisanym przez Recklinhausen'a przeciwko przypuszczeniu powstawania żabki z gruczołu Blandin-Nuhn'a świadczą jeszcze następujące okoliczności: torbiel znajdowała się po za gruczołem; następnie końcowe gałązki nerwu językowego leżały z boku torbieli, a powinnyby być w środkowej części; co odpowiada anatomicznemu stosunkowi do gruczołu; dalej zawartość żabki, ciągnąca się, szklista, podobna do gumy arabskiej lub białka jaja, nie znajduje się w przewodach ślinowych, lecz właśnie tylko w przewodach Bochdalek'a; wreszcie topograficzno-anatomiczny stosunek przewodów Bochdalek'a do siebie w zupełności potwierdza przypuszczenie Neumann'a. Gdyby pogląd Recklinhausen'a był słuszny, to bezwątpienia spostrzegano by dosyć często torbiele ograniczone w przedniej części końca języka, to jest w okolicy gruczołu Blandin-Nuhn'a, takich spostrzeżeń właśnie nie ma i zwykle żabki znajdują się u podstawy ruchomej części języka. Sonnenburg, opisując liczne wypadki żabki, zauważył, że niejednokrotnie nie mógł wykazać związku torbieli, leżącej dosyć daleko ku tyłowi, z gruczołem końca języka i przytacza jeden wypadek, że podczas operacji żabki okazało się, że torbiel rozszerza się w tylnej części jamy ust, a wyrostek jej dosięga prawie do nagłośni, wyrostkiem tym, podług zdania Neumann'a, był właśnie rozszerzony ductus excretorius linguae Bochdalek'i.

T. Solman.

57. D-r L. RETHI. **O nerwicach odruchowych wywołanych chorobami nosa i jamy nosogardzielowej.** Z oddziału prof. d-ra Schnitzler'a w Wiedniu. *Wiener Med. Presse* NN. 37, 38, 39—1886).

R. rozpoczyna swą pracę od przytoczenia następujących 7-iu wypadków:

1. 60-letni mężczyzna od dwóch miesięcy cierpi na strzelające bóle w wardze górnej na prawo od linii środkowej ograniczone na miejscu wielkości główki od szpilki. Powoli bóle te rozszerzyły się na całą prawą połowę wargi i występowały coraz

częściej przy jedzeniu i mowie. Zastrzykiwania kokainy w dziąsło i błonę śluzową wargi górnej nie odniosły żadnego skutku. — Przy badaniu nie znaleziono zgoła nic, co mogłoby wywierać ucisk na drugą gałąź nerwu trójdzielnego, skonstatowano tylko umiarkowany przewlekły nieżyt gardzieli i powiększenie średniej prawej muszli. Po 3-ch przypaleniach kwasem chromnym zgrubiałej błony śluzowej średniej muszli objawy chorobliwe znikły zupełnie i dotychczas nie wracają.

2. 35-letnia kobieta skarży się na peryjodyczne bóle na prawym brzegu języka. W jamie ustnej, na osadzie języka, na brzegach nic nienormalnego. Znaleziono tylko stary nieżyt gardzieli i 2 znacznie powiększone gruczołki na prawo od linii środkowej. Dolna prawa muszla w stanie przekrwienia i opuchnięcia, które przy dotykaniu sondą na krótki czas znikają, przy dotknięciu jednak powiększonych gruczołków gardzieli znowu wracało. Po zniszczeniu tych gruczołów bóle ustały.

3. Młoda kobieta od 3-ch lat cierpi na migrenę, która w ostatnich czasach coraz częściej dokuczała chorej. Z momentów przyczynowych: dziedziczności, anemii, blednicy, utraty soków i t. d. nie znalazł się żaden. Badanie odkryło przerost lewej średniej muszli, który został usunięty na 3-ch posiedzeniach. — Od tego czasu to jest przeszło 3 miesiące chora wolna jest od migreny.

4. Kobieta młoda od lat 2-ch choruje na astmę. Płuca w stanie lekkiej rozedmy. W przewodzie nosowym średnim z obu stron kilka polipów. Muszle zdrowe. Po usunięciu polipów i przypaleniu pozostałych reszt kwasem chromnym, napady astmy stawały się coraz rzadsze i nakoniec znikły zupełnie.

5. Mężczyzna, urzędnik, od 8-miu miesięcy doznaje napadów astmatycznych. Badanie wykazało ostre rozdęcie płuc i przerost całej błony śluzowej nosa, zwłaszcza przednich brzegów dolnych muszel. Systematyczne przypalanie chorej błony śluzowej kwasem chromnym uwolniło chorego od nieprzyjemnych dolegliwości.

6. 36-letnia kobieta miewa napady silnego kaszlu. W płucach i krtani nic nienormalnego. Przy badaniu nosa znaleziono przerost dolnej prawej muszli, zwłaszcza w części tylnej. Dotykanie sondą części tej lub przegrody nosowej, łatwo wywoływało kaszel. Przypalenie tylnej części dolnej prawej muszli zostało uwieńczone pożądanym skutkiem.

7. 31-letnia kobieta od wielu lat dostaje prawie codziennie przed wieczorem napadów kichania. Przednia część obu muszel dolnych opuchnięta. Po przypaleniu chorych miejsc aparatem galwanokaustycznym, znikły napady kichania.

Z wypadków tych łatwo przekonać się można, że wiele objawów nerwowych może mieć swój punkt wyjścia nie tylko w przedniej części dolnej muszli, jak pierwiastkowo mniemał Hack, lecz i w innych miejscach błony śluzowej nosa i jamy noso-gardzielowej. Na okoliczność tę zresztą zwrócił później uwagę i sam Hack.

Ten sam autor sądzi, że przekrwienie ciał jamistych muszli dolnej, jest przyczyną objawów odruchowych. Ze swoich atoli doświadczeń R. dochodzi do wniosku, że przekrwienie owo samo jest tylko objawem odruchowym. W wypadku drugim na przykład, po dotknięciu sondą przerosłych gruczołków gardzieli występowało przekrwienie dolnej muszli. — Według Scheeh'a większa część nerwic odruchowych wywołaną bywa stanem podrażnienia nerwów czuciowych błony śluzowej nosa. Gütze sądzi, że przepelnienie krwią ciał jamistych nosa wywołuje objawy odruchowe i że tylko w rzadkich wypadkach mamy do czynienia z przerostem muszli dolnej. Schäffer uważa obrzmienie muszli dolnej nie za stan samoistny, jak Hack, lecz spowodowany przewlekłym nieżytem nosa, ponieważ leczenie ciał jamistych bez leczenia przewlekłego nieżytu nosa nie wystarczało do usunięcia objawów nerwowych. W tym samym duchu odzywa się B. Fraenkel: przerost błony śluzowej nosa wywołuje stan podrażnienia w nerwach czuciowych, które uważać należy za punkt wyjścia nerwic odruchowych. W jednym wypadku F. wyleczył chorego z kurczu nerwu twarzewego, chociaż przekrwienia ciał jamistych nie było, przez przypalenie błony śluzowej nosa.

Schnitzler objaśnia objawy astmy stanem chorobliwym nerwu błędnego. John Mackenzie znajduje punkt wyjścia nerwic odruchowych w tylnej części dolnej muszli. N. Mackenzie wyprowadza niektóre cierpienia nosa ze stanu podrażnienia narządu płciowego. Bobone podaje wypadek wyleczenia 8-letniej dziewczynki z napadów kichania, przy pomocy bromu, chloralu, kokainy etc., bez leczenia powiększonej dolnej muszli. G. Hunter Mackenzie widzi przyczynę nerwic odruchowych w niezwykłej drażliwości błony śluzowej nosa, wywołanej przewlekłym jej zapaleniem.

Zdaniem Hopmann'a przy polipach nosa, pęcznienie tych ostatnich, a nie ciał jamistych wywołuje odruchy. R. wraca raz jeszcze do poglądu Hack'a. Przy zupełnie zdrowo wyglądającej błonie śluzowej nosa, mógł R. wywołać napady kichania przy dotykaniu sondą średniej muszli, lub przegrody, przyczem ani przekrwienia, ani napełnienia przedniego brzegu dolnej muszli nie było. Po drażnieniu sondą pozostało tylko na krótki czas lekkie przekrwienie odnośnego miejsca. W innych wypadkach analogicznie z doświadczeniami John'a Mackenzie, przez dotknięcie sondą tylnej części dolnej muszli wywołane były napady kaszlu, przyczem jednocześnie, chociaż nie we wszystkich wypadkach, występowało pęcznienie przedniego brzegu dolnej muszli.

Z badań swoich R. dochodzi do wniosku, że przy istniejącej drażliwości nerwu trójdzielnego mogą być odruchowo wywoływane objawy nerwowe nie tylko cierpieniem przedniej części dolnej muszli (przekrwienie, przerost), lecz także bez udziału ciał jamistych stanem chorobliwym średniej muszli, przegrody nosowej lub jakiegokolwiek bądź innego miejsca błony

ny śluzowej nosa i że prócz tego, przekrwienie ciał jamistych uważać należy także tylko za objaw odruchowy.

W końcu dodaje R. jeszcze parę słów o leczeniu operacyjnym. Hack usuwał za pomocą pętli galwanokaustycznej wybijając część ciała jamistego dolnej muszli. Inni przypalali powierzchnię błony śluzowej płaskim żegadłem, drudzy ostrem niszczyli całą tkankę. Schweig powiada, że należy niszczyć tylko ciało jamiste, szzczędzając błonę śluzową. W tym celu S. robi mały otwór w błonie śluzowej ostrem żegadłem, pod nią zaś przypala ciało jamiste. Ensing w braku aparatu galwanokaustycznego użył z dobrym skutkiem wdmuchiwań z azotanu srebra z krochmalem. Hunter Mackenzie zaleca czopki z 0,005 do 0,01 extr. Bellad. lub czopki z kokainy.

Zwykle wystarcza lekkie przypalenie chorych miejsc kwasem chromnym lub aparatem galwanokaustycznym; wyjątkowe tylko wypadki wymagają głębszego zniszczenia.

Z. Srebrny.

58. Prof. LUCAE i D-r JACOBSON. **100 przypadków trepanacji wyrostka sutkowego.** (100 Falle von operativer Eröffnung des Warzenfortsatzes). *Berl. Klin. Woch.* N-r 38. 1886.

Autorzy wykonali trepanację wyrostka sutkowego u 98 chorych, 31 razy przy ostrem ropnem zapaleniu ucha średniego i 69 razy przy chronicznem. Wyzdrowiało 57, pozostało nieuleczonych 31 i zmarło 12 chorych. Za nieuleczonych uważają autorzy tych chorych, u których po operacji i po dość długim leczeniu, ropienie z ucha średniego nie ustawało. Wynik niepomysłny w 12-tu przypadkach niezależny był od samej operacji, chorzy bowiem zmarli wskutek zapalenia opon mózgowych, zatorów zatok żylnych i ropnicy. Operację wykonywali autorzy wyłącznie za pomocą młotka i dłutka, jak również i łyżeczki ostrej. Do przestrzykiwania rany używali 1 — 2% roztworów kwasu karbolowego. Do jamy zakładano tampon z suchej gazy jodoformowej, opatrunek składał się z gazy jodoformowo-sublimatowej i waty salicylowej. Po upływie 24 — 48 godzin usuwano tampon i stosowano sączki gumowe, a później rurki gumowe.

Przemywania jamy bębnekowej przez trąbkę Eustachiusza, jak to zaleca Schwortze nie robiono. Wyniki otrzymane przez autorów były cokolwiek gorsze od wyników, jakie otrzymał Schwortze, co autorzy kładą na karb materiału klinicznego, pochodzącego głównie z niższych warstw społecznych.

Guranowski

59. D-r CANALIS Pietro. **Ostre ropne zapalenie ucha średniego z zajęciem wyrostka sutkowego.—Trepanacja.** *Arch. internazion. di laring. etc.* Luty, 1886.

Autor w przypadku ostrego ropnego zapalenia ucha średniego wykonał trepanację wyrostka sutkowego za pomocą dłuta i młotka. Wyrostek sutkowy był bardzo twardy, centrum mastoideum leżało na głębokości 6 — 7 mm., i było wy-

pełnione ziarniną, które wyskrobano za pomocą ostrej łyżeczki.

Ropy wydzieliła się łyżeczka; przestrzyknięty płyn (roztwór kwasu borowego) swobodnie przechodził przez otwór w błonie bębenkowej do przewodu słuchowego. Chory wyzdrowiał w przeciągu 16-tu dni. Otwór w błonie bębenkowej zabił się i słuch się poprawił. Chory szept słyszał na odległości 2 metrów od ucha.

Guranowski.

60. D-r BAUMGART Teodor. **O trepanacyi wyrostka sutkowego.** Ueber die Trepanation des Warzenfortsatzes. -- Inaugural Dissertation Würzburg 1886 r.

Autor uważa trepanacyję za wskazaną w następujących przypadkach: 1) Przy ostrem ropnem zapaleniu jamy bębenkowej, jeżeli po wykonaniu cięcia Wilda nie następuje zmniejszenie obrzmienia i nadzwyczajnej bolesności okolicy wyrostka sutkowego. 2) Przy częstych powrotach obrzmienia i przy ropniach w okolicy wyrostka sutkowego, oraz przy skłonności do wytwarzania się zatok. 3) W przypadkach, w których zmuszeni jesteśmy przyjąć nagromadzenie ropy w centrum mastoideum, a ropa przedostaje się na zewnątrz nie przez wyrostek sutkowy, lecz w innych punktach.

W przypadkach niepewnych autor radzi tylko wtedy przystępować do operacyi, jeżeli przy przestrzykiwaniu i dokładnej dezynfekcyi bóle i gorączka się nie zmniejszają, a cuchnąca wydzielina trwa dalej.

B. szczegółowo opisuje metodę operacyi zalecanej przez Kirchnera to jest wykonywanie trepanacyi w okolicy wierzchołka wyrostka sutkowego. Do przestrzykiwań zaleca B. roztworu octanu glinu; używa oprócz tego sączków; opatrunek sublimatowo-solny.

Guranowski.

61. Otto KÖRNER. **O możliwości poznawania z budowy czaszki pewnych stosunków kości skroniowej.** Ueber die Möglichkeiten einige topographisch wichtige Verhältnisse am Schläfebein aus der Form des Schädels zu erkennen. — *Zeitschr. f. Ohrenh. T. XVI. Zeszyt 2 i 3.*

Autor sądzi, że już z zewnętrznego kształtu czaszki możemy wnieść o pewnych stosunkach jej budowy wewnętrznej, a głównie o położeniu środkowej jamy czyszkowej i sulcus sigmoideus. „Index sem“ czaszki autor nazywa ułamek, który otrzymujemy dzieląc odległość obu guzów ciemieniowych (tubera parietalia) przez odległość pomiędzy grzbietem nosa i najbardziej wydatnym punktem kości potylicowej. „Index“ ten waha się pomiędzy 1,55 (dolichocephalos) a 1,076 (brachycephalos). Z wymiarów podanych w tablicy w milimetrach wynika, że jama środkowa w czaszkach dolichocefalicznych leży wyżej nad przewodem słuchowym zewnętrznym i spina supra meatum aniżeli w czaszkach brachycefalicznych.

Index	1,55—1,40	1,39—1,30	1,29—1,20	1,19—1,07	
Środkowa jama czaszkowa leży nad przewodem słuchowym zewnętrznym	przeciętne	11,5	8,8	5,1	4,8
	maximum	17	15	9	7
	minimum	7	4	2	2
Środkowa jama czaszkowa leży nad Spina supra meatum.	przeciętne	15,3	12,1	7,6	5,8
	maximum	17	17	2	9
	minimum	10	7	5	4

Co do sinus transversus, to leży on u brachycefalów przeciętnie bardziej ku przodowi i na zewnątrz od wyrostka sutkowego jak u dolichocefalów. Niezależnie od kształtu czaszki leży sinus transversus po stronie prawej bardziej na zewnątrz aniżeli po stronie lewej.

Grubość ścian zatok żylnych znaleziono w 10% badanych czaszek równą po obu stronach, w 77% była cieńszą po stronie prawej, a w 13% cieńszą po stronie lewej (badano 60 czaszek).

W następującej tabeli liczby oznaczają w milimetrach grubość ściany kostnej zewnętrznej Sulcus transversus w miejscu najcieńszem w okolicy wyrostka sutkowego.

Index	1,55—1,50	1,49—1,40	1,39—1,30	1,29—1,20	1,19—1,07	
Strona prawa	przeciętne	7,83	8,22	6,00	5,05	4,22
	maximum	9,00	15,00	14,00	7,50	5,50
	minimum	7,00	4,00	3,00	2,00	2,30
Strona lewa	przeciętne	10,00	9,72	7,86	7,34	5,50
	maximum	11,00	12,00	15,00	11,00	8,50
	minimum	9,00	7,00	3,50	1,75	3,00
Przeciętna różnica pomiędzy stroną prawą i lewą na korzyść strony lewej	2,17	1,50	1,86	2,29	1,28	
Ogólna przeciętna dla obu stron	8,91	8,97	6,93	6,19	4,86	

Praktyczne zastosowania powyższych wyników jest to, że im mniejszy jest index, tem bardziej ku przodowi wypada robić otwór w wyrostku sutkowym przy trepanacyi.

U dorosłych, u których index czaszki wynosi 1,30 lub mniej, a mamy zamiar otworzyć prawe centrum, wypada operować blisko przyczepu muszli usznej. U noworodków i u małych dzieci nie napotykamy jak wiadomo niebezpiecznego położenia Sinus transversus.

Guranowski.

Biblijografja.

Maryjan JAKOWSKI b. asystent kliniki dyjagnostycznej Uniwersytetu Warszawskiego. — **Grzybki chorobotwórcze.** Warszawa 1886. — Wydawnictwo Gazety lekarskiej. — Str. XXVII i 173. Z 7-ma tablic. litograf. i 11-ma drzeworytami w tekście. Sprawozdawca D-r W. M a y z e l.

W chwili kiedy zagranicą mikroparazytologija liczyła już podręczników w rozmaitym zakresie niemal na dziesiątki, u nas pole to mało jeszcze było uprawiane w drukowanym słowie. — I może długo czekali byśmy na prace w tym kierunku, gdyby wśród nas nie znajdował się człowiek, który od lat wielu stał na straży nauki, śledząc za jej najnowszymi zdobyczami, który prznosił na miejscowy grunt każdy postęp, przewodniczył młodzieży w pracy i kierował jej pierwszemi krokami na każdym polu. — Tym krzewicielem młodej jeszcze, a u nas mało znanej latorośli nauk lekarskich — mikroparazytologii, był jak się każdy domyśli, prof. Hoyer, w żywym słowie i w druku. — We wstępie do krótkiego podręcznika napisanego w początkach roku 1884 p. t. „*O mikroskopowym badaniu grzybków chorobotwórczych*“ (osobne odbicie z „Gazety lekarskiej“) powiada szanowny profesor, że starał się przyswoić sobie sposoby badania i hodowli grzybków chorobotwórczych: „nie tyle dla własnych poszukiwań i zdobycia nowych faktów, ile głównie dla wskazania chętnym adeptom nauki dróg, po których krocząc, najrychlej dopiąć można celu“. I rzeczywiście znaleźli się chętni, którzy poszli w ślady swego niestrudzonego doradcy i przewodnika. Wkrótce literatura nasza wzbogaciła się dosyć obszernem dziełkiem Józefa Natansona p. t. „*Świat istot najdrobniejszych*“ (osobne odbicie z „Wszechświata“ 1885 r.), a wreszcie ukazała się pokazna książka M. Jakowskiego.

Obie te publikacyje dedykowane prof. Hoyerowi wskazują z kąd szedł impuls do ich powstania.

Mamy więc w tej chwili w naszym języku trzy źródła, z których, chcąc się zapoznać z badaniem drobnoustrojów, może zaczerpnąć potrzebnych źródeł. — Samą technikę, sposoby przygotowania preparatów, badanie tychże i rozpoznawanie najczęstszych i najważniejszych grzybków chorobotwórczych, znajdzie czytelnik w podręczniku Hoyer'a. — W książce J. Natansona trzymanej w tonie pół-popularnym i napisanej więcej ze stanowiska chemicznego, biologicznego, a zatem teoretycznego, mamy przedstawiony wyczerpujący obraz rozległej roli, jaką w przyrodzie odgrywają te drobne istoty, nazywane ogólnie, może nie całkiem słusznie, grzybkami, a będące przyczyną zarówno fermentacyi, rozkładów, jak i rozlicznych chorób. — Cenną tę książkę, której opracowanie w szerokim zakresie uplanowanym w dalszych kilku częściach ukazać się mających, zdradza niepospolitą bystrość umysłu autora nie-lekarza, polecić

można jako nader pożyteczne uzupełnienie podręcznika przeznaczonego specjalnie lub głównie dla użytku lekarzy.

Takim właśnie podręcznikiem jest książka opracowana przez M. Jakowskiego. Obejmuje ona na 200-tu przeszło stronach biego druku cały obraz bakteryjologii, ze szczegółowym jednak uwzględnieniem drobnoustrojów chorobotwórczych, będących przyczyną chorób u człowieka, a które autor zestawił w XV-tu rozdziałach *). Nie pominięte również zostały, choć w krótkiej wzmiance mikroorganizmy sprawdzające pewne właściwe choroby u zwierząt wyższych i niższych, a także u roślin. — Opis poszczególnych postaci chorobotwórczych poprzedzony został wstępem, mieszczącym krótki pogląd na morfolo-

*) **R o z d z i a ł I.** (Str. 1—20). Laseczniki czarnej krosty. — **R o z d z i a ł II.** (Str. 21—40). Laseczniki gruźlicze. — **R o z d z i a ł III.** (Str. 41—48). Spirochety gorączki powrotnej. — **R o z d z i a ł IV.** (Str. 49—56). Laseczniki trądowe. — **R o z d z i a ł V.** (Str. 56—67). Mikrokokki róży. — **R o z d z i a ł VI.** (Str. 69—75). Laseczniki nosaciznowe. — **R o z d z i a ł VII.** (Str. 77—86). Mikrokokki zapalne płuc—Friedlaender'a. — **R o z d z i a ł VIII.** (Str. 87—92). Mikrokokki rzęzątki. — **R o z d z i a ł IX.** (Str. 93—103). Laseczniki cholery azjatyckiej. — **R o z d z i a ł X.** (Str. 105—112). Laseczniki tyfusu brzuszego. — **R o z d z i a ł XI.** (Str. 113—125). Bakteryje ropne. Zapalenie szpiku kostnego. Ostre zapalenie wśierdza. Ropnica, posocznica i gorączka połogowa. — **R o z d z i a ł XII.** (Str. 126—135). Bakteryje chorobotwórcze znajduwane u ludzi, a niezupełnie do tej chwili zbadane: Laseczniki przymiotowe. Laseczniki błonicy. Mikrokokki zakaźnego zapalenia opon mózgowych. Mikrokokki żółtej febrzy. Mikrokokki ospy prawdziwej i ochronnej. Laseczniki twardzieli nosowej (Rhinoscleroma). Laseczniki zeskórnienia łącznicy (Xerosis). Mikrokokki jaglicy (Trachoma). Mikrokokki Verugae peruanae. Laseczniki zgorzeli postępującej przyrannej. Laseczniki tęcza. Laseczniki liszaja czerwonego (Lichen ruber). Mikrokokki łysiny plackowatej (Alopecia areata). Pierwotniaki (protozoa, Monadae) sprawdzające mające malaryje i krztusiec. — **R o z d z i a ł XIII.** (Str. 137—144). Bakteryje, będące przyczyną chorób zakaźnych u zwierząt wyższych i niższych, oraz u roślin. Laseczniki posocznicy myszy. Mikrokokki zgorzeli postępującej u myszy. Mikrokokki ropienia postępującego u królików. Mikrokokki ropnicy u królików. Mikrokokki posocznicy u królików. Laseczniki różowatego zapalenia u królików. Laseczniki obrzęku złośliwego. Laseczniki „sputumsepticaemiai”. Laseczniki cholery kur. Laseczniki róży złośliwej u świń. Mikrokokki zarazy płucnej u bydła rogatego. Gruźlica rzekoma u świńek morskich i królików. Zarazem choroby bakteryjnego pochodzenia u ryb, raków, owadów, coelenteratów, amoeb — a także u roślin. — **R o z d z i a ł XIV.** (Str. 145—153). Grzybki promienicy — Actinomyces. — **R o z d z i a ł XV.** (Str. 155—173). Chorobotwórcze grzybki właściwe i pączkujące (pleśniawki, parchy, łupież pstry, liszaj wyłysiający). Grzybki pleśniowe (Aspergillus, Mucor, Penicillium)—oraz w jajach, u ryb, owadów i u roślin.

giję i bijologiję bakteryj (str. I—XX), oraz objaśnienie budowy i użycia przyrządów mających związek z hodowaniem drobnoustrojów (str. XXI—XXVII). — Dołączone oprócz drzeworytów rysunki na 7-miu tablicach, starannie wykonane, bardzo czysto wyszły w litografii.

Książka M. Jakowskiego powstała jako uzupełnione wstępem (p. wyżej) osobne odbicie szeregu artykułów drukowanych od Maja 1885 r. do Września 1886 r. w łamach Gazety lekarskiej i jako V tom wydawnictw tej Gazety.—Przekonywa nas o tem przypisek Redakcyi Gazety lekarskiej na str. 1-ej książki, który objaśnia zarazem, że autor pracując nad bakteriologiją przez czas dłuższy pod przewodnictwem prof. Hoyer'a, miał sobie powierzone przez grono członków Gaz. lek. opracowanie szeregu artykułów, obejmujących znane napewno wiadomości o grzybkach chorobotwórczych i główne sposoby badania tychże. — Sam autor w przedmowie (noszącej datę 5 Lipca) wspomina o tym rysie historycznym swego dzieła, tłómacząc względami technicznymi możliwy zarzut co do niesystematycznego układu przedmiotu w ogóle, a zwracając uwagę na szczegółowy skorowidz alfabetyczny umieszczony na końcu książki, sądzi, że on „da możność każdemu wyszukania wszystkich sposobów i zasad badania, jakkolwiek nie usuwa tej niedogodności, że szczegóły są rozrzucone we wszystkich rozdziałach.“

W obec powyższego usprawiedliwionego objaśnienia pozostaje piszącemu tę wzmiankę bibliograficzną, świadkowi mozołnych studyjów autora (a niechącemu występować w łatwej roli krytyka) — podnieść liczne zalety książki i oddać cześć przedewszystkiem młodzieńczej energii, jakiej dał dowody, podejmując tak trudne zadanie, jakim jest oryginalne opracowanie bakteriologii. — Z zadania tego autor wywiązał się sumiennie i przekonał zarazem, że pod kierunkiem wytrawnego przewodnika i doradcy, jakiego znalazł, można zbierać owoce z pracy przy dobrych chęciach i silnej woli.

Podręcznik czyni w zupełności zadosyć potrzebom chcącego zaznajomić się z bakteriologiją. W opisie starannym a możliwie związłym podane zostały sposoby badania, barwienia i hodowania drobnoustrojów chorobotwórczych, a więc rzeczy najistotniejsze i najpotrzebniejsze; przytem znajdujemy i krytyczny rozbiór niektórych pytań spornych na podstawie własnych spostrzeżeń. Wartości książki nie ujmuję to, że nie mieści w sobie niektórych uzupełnień, doprowadzających jej treść do ostatniej chwili odnośnie odkryć i wyjaśnienia kwestyj będących na porządku dziennym badań bakteriologicznych (np. zapalenie płuc, tyfus, syfilis). — Poniekąd byłoby to niemożliwem, albo przynajmniej bardzo trudnem, gdyż młoda ta nauka postępuje ciągle i szybko, a oprócz grubotomowych najnowszych dzieł specjalnych (Flügge: Die Mikroorganismen 1886, — C. Fraenkel. Grundriss der Bakterienkunde 1887, — P. Baumgarten—Lehrbuch der pathologischen Mykologie 1886, — Huber u. Becker — Die patholog., histolog. und bacteriolog. Untersuchungsmethoden etc, 1886, — E. Klebs — Die allgem. Pathologie