

# GAZETA LEKARSKA.

PISMO TYGODNIOWE

POŚWĘCONE WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

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

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

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

**Treść:** I. T. DUNIN. O padacze częściowej bez zmian anatomicznych w mózgu, oraz kilka uwag o symptomatologii mocznicy. — II. WŁ. GAJKIEWICZ. Najnowsze poglądy na fizyologiję mózgu [Dokończenie]. — III. ED. PRZEWOSKI. Cztery nowe przypadki przepukliny przeponowej (*hernia diaphragmatica*) z ogólnemi uwagami o tejże chorobie [Dalszy ciąg]. — *Notatki lekarskie.* 15. E. MO-DRZEJEWSKI. Przypadek otrucia chlorkiem kokainy. — *Dział sprawozdawczy.* 36. H. MICHAELIS. Sposób przechowywania roztworów sublimatu. — Ogłoszenia.

**Capsulae contra taeniam.** Z pomiędzy wielu środków przeciworobaczych *Extractum filicis maris aethereum* jest najstarszym i bez zaprzeczenia najdzielniejszym w skutkach—przytem zasługuje na pierwszeństwo przed innemi, które w większej części drażnią i obciążają przyrząd trawienia.

Korzeń paproci zawiera w sobie olejki eteryczne, żywicę, kwas garbnikowy i kwas filicilowy, od ilości zaś i składowych części zależy skuteczność wyciągu.—Różne obserwacje w tym kierunku robione dowiodły „że cała skuteczność zawisła:“ 1) od warunków klimatycznych paproci (rosnąca na Alpach bogatszą jest w kwas filicilowy) 2) od czasu zbioru korzenia (Wrzesień najodpowiedniejszy) 3) od sposobu przygotowania wyciągu; — dodać jeszcze winniem że świeżość i odpowiednie zabezpieczenie, od wpływu światła i powietrza, najważniejszą odgrywa tu rolę. Wielokrotnie doświadczenia przekonały mnie, że *Extr. filicis mar.*, wystawiony na działanie powietrza, traci znaczną ilość olejków, jednocześnie mętnieje i osadza kwas filicilowy—gdy tymczasem w naczyniu zabezpieczonem od przystępu powietrza, światła, w chłodnem miejscu i rok może pozostać bez zmiany. Celem uchronienia go od utraty tak cennych części składowych, najodpowiedniejsze są kapsułki gelatinowe; forma ta łączy i drugą niezmiernie ważną dogodność, a tą jest przyjemniejsze użycie tak przykrego lekarstwa.

W ciągu ostatnich lat miałem sposobność sprawdzić rzeczywistą skuteczność. Wyciągu z korzenia Alpejskiej paproci w kapsułkach, których sztuk 12 po 10 gran zadawane były dorosłym, a dzieciom w połowie powyższej ilości.

Sposób użycia kapsułek z Wyciągu korzenia paproci Alpejskiej.

Dla dorosłych osób 12 sztuk kapsułek, dla dzieci sztuk 6. Chory dwa dni przed użyciem kapsułek powinien zachować o ile można ścisłą dyjetę, a to celem odkrycia całego ciała solitera.

Rano, na czczo, co kwadrans po 3 kapsułki używać, popijając herbatą z cytryną—chory powinien spokojnie leżeć, a w razie nudności kawałki lodu łykać, lub też trzymać w ustach plasterki cytryny, zwykle w pół godziny po ostatniem użyciu kapsułek, tasiemiec kłębem wychodzi ze stolcem wodnistym, a jeżeli w przeciągu 2 godzin nie pokaże się, należy użyć 2 łyżki oleju ryecynowego ażeby wydalic martwego tasiemca.

M. Mutniański.

Właściciel Apteki. Nowy-Świat Nr. 18.

# APTEKA I SKŁAD WÓD MINERALNYCH NATURALNYCH,

WPROST ZE ŹRÓDEŁ SPROWADZANYCH,  
pod firmą

## D-R T. HEINRICH

w WARSZAWIE

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

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

47-36

## NARZĘDZIA CHIRURGICZNE

w metalowych oprawach (antyseptyczne) i zwykłych najtaniej w składach  
J. Jodłowskiego, Bielańska № 5 i Marszałkowska № 137;—Cenniki franco. 6-2

## Podręcznik do jakościowej i ilościowej analizy moczu,

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

o 4 wiorsty od stacyi  
Kolei Nadwiślańskiej

Zakład Wodoleczniczy  
**NAŁĘCZÓW**

Apteka, poczta,  
telegraf na miejscu

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

Dyrektor stały lekarz zakładu

3-2

D-r Konrad Chmielewski.

## SUPPOSITORIA cum GLICERINO

Polecamy uwadze Szanownych Panów Doktorów czopki glicerynowe:

- 1) z mydłem stearynowem (bez żelatyny) 90% gliceryny
- 2) z żelatyną 80% gliceryny
- 3) z żelatyną i mydłem lekarskiem 60% gliceryny

które mają tę wyższość nad ławatywami i czopkami Boasa Sautera przygotowanymi z masłem  
kakaowem iż daleko mniej drażnią kışkę i nigdy nie wywołują następczych tenezmów.

Massa z mydła stearynowego lub też żelatynowa nierozpuszcza się całkowicie a tylko o tyle  
o ile potrzeba do podrażnienia błony śluzowej aby wywołać wypróżnienia, które następuje przy za-  
stosowaniu powyższych czopków w 10 minut. Próbowane one były z pomyślnym skutkiem w szpi-  
talach Warszawskich.

Czopki w mowie będące przygotowujemy wielkości 1.5, 2.0 i 2.5 i stale posiadamy gotowe,  
mamy zaszczyt polecić je uwadze Szan. Panów Doktorów.

**BIERTÜMPFEL i GESSNER**  
aptekarze, Aleja Jerozolimska 27 róg Kruczej.

0-1

# GAZETA LEKARSKA.

## I. O PADACZCE CZĘŚCIOWEJ BEZ ZMIAN ANATOMICZNYCH W MÓZGU, ORAZ KILKA UWAG O SYMPTOMATOLOGII MOCZNICY.

Skręślił

**Dr Teodor Dunin,**  
lekarz ordynujący w szpitalu Dzieciątka Jezus.

Przez długi czas powszechnie niemal przyjętem było, że padaczka częściowa, t. z. *epilepsie Jacksonienne*, polegająca na drgawkach jednej połowy ciała, lub też pojedynczych grup mięśni, a nawet jednego mięśnia ale zawsze jednej połowy ciała, jest niewątpliwą oznaką organicznego cierpienia mózgu. Ze wszystkich objawów t. z. ogniskowych, padaczka częściowa miała najważniejsze znaczenie dla umiejscowienia chorób mózgowych; różni się ona pod tym względem zupełnie od drgawek ogólnych, które przeciwnie nie dają nam żadnych wskazówek co do siedliska cierpienia mózgowego. Można powiedzieć, że taki pogląd utrzymuje się w całej pełni po dziś dzień; takby przynajmniej sądzić należało z tego co znajdujemy w rozmaitych podręcznikach <sup>1)</sup>. Istnieje jednak pewna liczba spostrzeżeń, mianowicie też w literaturze francuzkiej, które dowodzą że padaczka częściowa, ze wszystkimi swemi objawami, istnieć może, pomimo że mózg żadnych zgoła zmian anatomicznych nie przedstawia.

Już kilkanaście lat temu RAYNAUD, LÉPINE, AUBOIN i inni zwrócili uwagę na występowanie drgawek połowicznych z charakterem padaczki JACKSON'a, po przemywaniach jamy opłucnej. Opisy te, o ile się zdaje, nie zwróciły na się szczególniejszej uwagi. Znacznie później, bo w roku 1884, BALLEET i CRESPIN <sup>2)</sup> opisali z kliniki CHARCOT'a postać histeryi, występującą pod postacią padaczki częściowej; porażen po drgawkach nie bywało, natomiast istniały objawy wła-

<sup>1)</sup> Tak np. w dziele GAJKIEWICZA p. t. „Obecny stan wiedzy o umiejscowieniach czynności i zboczeń mózgowych“ 1879, str. 86, znajdujemy następujące zdanie: „Istnienie padaczki miejscowej, zwłaszcza gdy ona jest jednocześnie z objawami porażenia połączona, wskazuje prawie na pewno cierpienie ograniczone *zonae motoriae corticalis* lub części bezpośrednio przyległych“. STRUEMPELL (*Lehrbuch der spec. Path. u. Therapie*. 1886, p. 331) powiada: „Zahlreiche klinische Erfahrungen haben gelehrt, dass solche umschriebene epileptiforme Anfälle fast nur bei Affectionen der motorischen Gehirnrinde vorkommen“.

<sup>2)</sup> Arch. de Neurologie. 1884, Nr. 23 i 24. (Streszczenie w Centr. f. m. Wiss. 1885).

ściwe w ogóle napadom histeryi. Toż samo widział CHARCOT <sup>1)</sup> w przypadku histeryi u mężczyzny, chociaż zauważyć winienem, że opisany przykład dalekie tylko przedstawia podobieństwo z typową padaczką JACKSON'a [nieprzytomność, język i cała twarz wykrzywiona na lewo, obie kończyny górne w silnej ekstensyi, wreszcie całe ciało skręca się na lewo, tak że chory leży na lewym boku; napad kończy się drgawkami w twarzy i kończynach].

O wiele ciekawsze są przypadki, w których o histeryi nie było mowy, gdzie jednak istniała typowa epilepsyja JACKSON'a bez zmian w mózgu. I tak w 1884 roku LANDOUZY i SIREDEY <sup>2)</sup> opisali zupełnie niepojęty przypadek, w którym u chorej, cierpiącej na wadę serca, istniało porażenie lewej połowy ciała, przerywane od czasu do czasu typowymi napadami padaczki połowicznej. Chora zmarła, a badanie pośmiertne, prócz nieznacznej różnicy w pigmentacji prawej półkuli mózgu w okolicy *zonae motoriae*, nic więcej nie wykryło.

W r. 1885 prof. ADAMKIEWICZ ogłosił interesującą pracę <sup>3)</sup>, w której dzieli padaczkę JACKSON'a na 3 rodzaje: 1) wskutek ośrodkowego podrażnienia [cierpienie ogniskowe], 2) odruchowego pochodzenia, 3) wskutek automatycznego podrażnienia. Ten ostatni rodzaj nie jest dość jasno określony, nie wiadomo co przezeń autor rozumie i przypadek tu opisany niebardzo podobny jest do typowej epilepsyi JACKSON'a. Natomiast przypadek, podany w drugiej grupie, sędzę, za padaczkę JACKSON'a uważany być może, chociaż brak jest pewnych objawów, np. przejściowego porażenia po napadzie drgawek. Student wskutek silnego wysiłku prawej kończyny górnej doznał uczucia jakby przerwania w stanie napiętkowym prawym. W 7 tygodni pokazały się napady: świadomość zachowana, palce silnie wyprostowane, dłoń w silnej ekstensyi i w tem położeniu silne ruchy nawrotne i zginania przedramienia. Czasami w drgawkach brały udział *triceps* i *pectoralis major*. Brak jakichkolwiek innych objawów cierpienia mózgu.

W roku 1883 RZECZNIOWSKI <sup>4)</sup> opisał przypadek zupełnej połowicznej padaczki JACKSON'a u 26-letniego chorego, który napady te miewał już od dzieciństwa. Drgawki obejmowały całą lewą połowę ciała, obie kończyny i twarz; świadomość zachowana, po skończonym napadzie uczucie zmęczenia w całej lewej połowie ciała. Żadnych oznak cierpienia mózgu.

Nakoniec znanych jest kilka przypadków padaczki połowicznej powstałej w mocznicy (*uraemia*). I tak CHANTEMESSE i TENNESON <sup>5)</sup> ogłosili 6 przypadków mocznicy, których objawy miały wszelkie cechy cierpienia ogniskowego. W 3 z pomiędzy nich istniała typowa padaczka JACKSON'a; z tych 3 przypadków 2 zakończyły się śmiercią, a badanie pośmiertne żadnych zmian nie wykryło.

---

<sup>1)</sup> Leçons sur les maladies du système nerveux. 1887. T. III.

<sup>2)</sup> Revue de Médecine. 1884.

<sup>3)</sup> Przegląd lekarski. 1885 r. Nr. 18 i 19; toż samo w Berl. klin. Woch. Nr. 23. 1885.

<sup>4)</sup> Gazeta Lekarska. Nr. 51. r. 1883.

<sup>5)</sup> Revue de Médecine. Listopad. 1885 r..

W roku zeszłym CHAUFFARD <sup>1)</sup> ogłosił jeden przypadek mocznicy, również zakończony śmiercią, w którym badanie pośmiertne także żadnej zmiany w mózgu wykryć nie było w stanie. Za życia istniały drgawki połowiczne i co najciekawsze, na przemian w jednej i drugiej połowie ciała.

Wreszcie EICHHORST w znanym swym podręczniku wspomina, że widział jeden przypadek mocznicy, który przedstawiał się jako padaczka JACKSON'a.

Ja sam w ostatnich czasach widziałem 4 przypadki padaczki JACKSON'a bez zmian anatomicznych w mózgu, 3 przypadki zdarzyły się w przebiegu zapalenia nerek, a jeden zajmuje stanowisko zupełnie odrębne.

Co do przypadków, które widziałem w przebiegu zapalenia nerek i które za objaw mocznicy uważać należy, to 2 z nich widziałem tylko dorywczo, trzeci zaś obserwowałem ściśle i miałem sposobność badać po śmierci.

Pierwszy przypadek widziałem u pięcioletniego dziecka, które po szkarlatynie dostało ostrego zapalenia nerek. Drgawkom ulegała w tym razie lewa połowa ciała, a mianowicie twarz i ręka. Świadomości dziecko nie miało wcale, zarówno w napadach jak i przestankach. Napady przychodziły co kilka minut.

Drugi raz widziałem podobny przypadek u chorej, która po porodzie dostała zapalenia nerek oraz zakrzepu żyły udowej (*phlegmasia alba dolens*). Do chorej byłem wezwany na naradę przez kol. KUNIEWICZA. Drgawki obejmowały całą lewą połowę ciała, t. j. twarz, rękę i nogę, nadto mowa była zniesiona. Świadomość była zupełna, chora czuła zbliżający się napad i zdrową ręką kurczowo chwytala się za rękę męża. Napad trwał kilka minut, poczem pozostawało porażenie całej połowy ciała. Nie znając podówczas jeszcze przypadków padaczki częściowej pochodzenia mocznicowego, przechylałem się raczej do zdania, że drgawki powstały wskutek zatkania jednej z tętnic mózgowych i ograniczonego rozmięczenia, które zajęło i korę mózgową. Dziś jednak nie wątpię, że drgawki były tylko wyrazem mocznicy. Chora powróciła do zdrowia.

Przypadek trzeci widziałem w szpitalu, opis jego podaję obszerniej.

Piasecki, szewc, lat 28, przybył do szpitala 31 Stycznia 1888 roku.

Chory pochodzi ze zdrowej rodziny bez usposobienia do suchot. Dotychczas był zdrów. Dopiero przed 3 miesiącami zaczął kasłać i chudnąć, a w ostatnich czasach gorączkować, przytem nogi zaczęły puchnąć.

*Status praesens.* Chory mocno wyniszczony, blady, nogi powyżej kolan obrzmiałe. Ciepłota 39,2° C. Tętno 120, bardzo małe. W obu wierzchołkach płuc odgłos mocno przytępiony; w prawym płucu u wierzchołku oddech oskrzelowy, który przy kaszlu staje się amforycznym, bronchofonija i liczne rżżenia dźwięczne. W dolnych częściach obfite rżżenia wilgotne, które w zupełności prawie pokrywają oddech. W lewym płucu zmiany o wiele mniejsze. Płwocina zawiera bardzo liczne laseczniki KOCH'a. Serce prawidłowe. Wątroba i śledziona nieznacznie powiększone. Mocz błądy, przezroczysty, zawiera olbrzymią ilość białka; w osadzie liczne cylindry hyalinowe, pokryte białymi ciałkami krwi lub złuszczonego nabłonkiem.

Rozpoznanie: *Phthisis pulmonum, Nephritis chronica c. deg. amyloidea.*

Taki stan trwał bez zmiany do dnia 11 Lutego. W tym dniu siostra miłośrdzia powiada mi, że poprzedniego dnia o 7 godz. wieczorem chory dostał

<sup>1)</sup> Arch. gen. de Médecine, Lipiec. 1887.

napadu drgawek tylko w prawej połowie ciała. Napadów takich było kilka, chory zupełnie przestał mówić. Przez noc napadów nie było wcale. Teraz dopiero dowiaduję się, że coś podobnego, tylko w słabszym stopniu, zdarzyło się już kilka dni temu, tylko ponieważ napad nie pozostawił żadnych śladów, ani chory ani siostra miłosierdzia nie przypisywali temu żadnej wagi. W chwili badania chory przedstawia się jak następuje: chory zdaje się być przytomnym, podaje na żądanie lewą rękę, jednak wcale nie mówi i języka nie jest w stanie wysunąć. Ruchy gałek ocznych zupełnie prawidłowe. Prawa połowa twarzy, a mianowicie dolne gałęzie nerwu twarzowego, zupełnie porażone. Jest to najwidoczniejsze, kiedy chorego ukłuc np. w czoło, wtedy lewa połowa twarzy wykonywa grymas i mięśnie kurczą się, gdy tymczasem prawa pozostaje zupełnie nieruchomą. Prawa kończyna górna zupełnie porażona. Kończyna dolna wykonywa ruchy w tym samym stopniu co lewa. Czucie w zupełności zachowane.

Od czasu do czasu, co kwadrans lub pół godziny, przychodzą napady drgawek klonicznych w porażonych częściach; twarz wykrzywia się na prawą stronę, głowa cała zwraca się na prawo, przedramię wykonywa ruchy zgięcia, a nadto cały kark unosi się ku górze. Napad trwa bardzo krótko, minutę, dwie. Czasami napady bywają o wiele mniej silne i wtedy drganiu ulega tylko mięsień piersiowy wielki (*pectoralis*) i kapturowy (*cucularis*), głowa przytem zawsze zwraca się na prawo.

Dnia 12 Lutego. Stan zupełnie ten sam, napady przychodzą nie tak często. Lewa połowa twarzy i lewa kończyna górna zupełnie porażone. Ta ostatnia obrzękła i sina.

Dnia 13 Lutego. Stan bez zmiany. Przytomność zachowana, zupełna utrata mowy. Języka chory wysunąć nie może. Otaczający twierdzą, jakoby drgawki występowały czasami i w lewej połowie ciała, w mojej jednak obecności nie zdarzyło się to ani razu.

Dnia 14 Lutego. Napady o wiele rzadsze, przychodzą zaledwie co kilka godzin. Utrata mowy i porażenie zupełne. Wieczorem chory zmarł.

Badanie pośmiertne, wykonane przez kol. CIĄGLIŃSKIEGO, wykazało: *Phthisis pulmonum*, *Nephritis chronica c. deg. amyloidea*, *Deg. amyloidea hepatis et lienis*.

W mózgu znaleziono co następuje: Opona twarda błyszcząca, zmian żadnych nie przedstawia. Opona miękka, zarówno na podstawie jak i na wypukłości, przeświecająca, nie nacieczona. Na wypukłości mózgu kilka [4—6] porożrzucanych gruzełków, wielkości łebka od szpilki. Na podstawie, na przebiegu tętnicy bruzdy SYLWIUSZ'a, gruzełków nie ma wcale. Mózg bladej, nieco obrzękły, zresztą zmian żadnych nie przedstawia.

Drobnowidzowe badanie istoty szarej w okolicy *zonae motoriae* zmian żadnych nie przedstawia; badanie na laseczniki Kocn'a dało wyniki zupełnie ujemne.

Za życia wobec tak charakterystycznych objawów, znamionujących cierpienie kory mózgowej, byłem skłonny przypuszczać, że mam do czynienia z gruźliczem zapaleniem opony miękkiej na wypukłości mózgu; przypuszczałem że w miejscu odpowiadającym ośrodkom dla mowy, twarzy i kończyny górnej wytworzyła się większa gromada złogów gruźliczowych, które cisnąc i drażniąc odpowiednie miejsce, wywołują padaczkę JACKSON'a, tak jak to niedawno opisał HIRSCHBERG <sup>1)</sup> z kliniki ERB'a.

<sup>1)</sup> Deutsches Arch. f. klin. Med. Ted. T. 41, Z. 6. 1887.

Badanie pośmiertne istotnie wykryło zapalenie gruźlicze opony miękkiej, ale gruźelki były tak nieliczne i tak małe, iż nie sposób nawet przypuścić, aby one mogły brać jakikolwiek udział w wywoływaniu opisanych miejscowych objawów mózgowych. Dodać przytem należy, że nie było ani jednego ze zwykłych objawów zapalenia opon mózgowych. Nie ma więc żadnej wątpliwości, że porażenie i drgawki jedynie na karb mocznicy policzyć należy.

Przypadek powyższy zasługuje pod każdym względem na uwagę. Nie będę się tu wdawał w objaśnienie, czy objawy opisane zależały od miejscowego obrzęku istoty korowej mózgu [CHANTEMESSE i TENNESON], czy też od trującego działania pewnych szkodliwych pierwiastków na ograniczone części mózgu [CHAUFFARD]: i jedno i drugie przypuszczenie dziś ani obalone ani tem mniej dowiedzione być nie może. Dość jest, że w przebiegu mocznicy występują takie objawy, które wskazują na zajęcie ograniczonych tylko miejsc mózgowia. Do niedawna jeszcze w najobszerniejszych dziełach o chorobach nerek [wydanie dzieła ROSENSTEIN'a z 1870 r., BARTELS'a z 1875 r., LECORCHE'go z 1875 r., WAGNER'a z 1882 r.], nie znajdujemy wcale wzmianki o tem, aby mocznica przebiegać mogła jedynie pod postacią ograniczonych drgawek lub porażen. PAETSCH <sup>1)</sup> pierwszy z kliniki LEYDEN'a opisał dwa przypadki zupełnego porażenia prawej połowy ciała; badanie pośmiertne w obu przypadkach zmian żadnych nie wykryło. Później takie przypadki opisał LEICHTENSTERN, dalej CHANTEMESSE i TENNESON, w cytowanej powyżej pracy, oprócz 3-ch przypadków padaczki częściowej, opisali 3 przypadki połowicznego porażenia. Wreszcie w ostatniem wydaniu swego dzieła: *Die Pathologie und Therapie der Nierenkrankheiten* 1886 r., ROSENSTEIN ogólnikowo wspomina, że widział zarówno drgawki jak i porażenia połowiczne w przebiegu mocznicy. Przypadek mój, opisany powyżej, ciekawym jest niezmiernie ze względu, że tu istniało przez kilka dni zupełne porażenie nerwu twarzowego i kończyny górnej, oraz trwała utraty mowy, co wszystko przerywane było od czasu do czasu typowemi napadami padaczki JACKSON'a. Objawy te były tak charakterystyczne, że niemal napewno można było rozpoznać ograniczone cierpienie istoty korowej. Na szczególną uwagę zasługuje utrata zupełna mowy (*aphasia*), którą 2 razy przy zupełnie zachowanej świadomości widziałem w mocznicy. O objawie tym nie znajduję nigdzie wzmianki.

Jak już mówiłem, na objawy ogniskowe w przebiegu mocznicy dopiero w ostatnich czasach zaczęto zwracać uwagę. Bardzo ciekawy przypadek podobny podaję poniżej, pomimo iż przedstawiał się on nieco inaczej aniżeli padaczka JACKSON'a.

Jarosiński, lat 25, przybył do szpitala 25 Lutego 1887 r.. Chory powiada że dotychczas był zdrow, dopiero przed dwoma miesiącami przebył zapalenie płuc, połączone z silną dusznością i krwotokami. Z choroby tej wyleczył się prawie zupełnie. Przed 4 dniami duszność się znowu pokazała i to w bardzo znacznym stopniu, nogi obrzękły, przytem chory ucyzuwa silny ból w brzuchu.

---

<sup>1)</sup> Zeitschrift f. klin. Med. T. III. 1881 r..

*Status prasens.* Chory blady, prócz warg, które są sine. Oddechów 40 na minutę. Tętno 120, bardzo małe, ale co do rytmu prawidłowe, stan bezgrozcowy.

Granice prawego płuca z przodu podniesione [na linii sutkowej IV, na linii pachowej VI żebro]. Granice lewego płuca prawidłowe. W obu płucach oddech pęcherzykowy.

Górna granica serca na linii przymostkowej na IV żebrze. Prawa dochodzi do prawego brzegu mostka, lewa przechodzi po za linię sutkową lewą i zlewa się z tępością śledziona. Przy wysłuchiowaniu słycać wszędzie systoliczny i dyastoliczny szmer; o dokładnem rozpoznaniu z powodu częstości uderzeń serca ani mowy być nie może.

Górna granica śledziona na 8 żebrze, dolnego brzegu się nie wyczuwa. Wątroba znacznie powiększona, dolny jej brzeg wystaje na 2 palce z pod łuku żebrowego i na lewo sięga do podżebrza lewego po za linię sutkową.

W jamie otrzewnej nieco płynu. Mocz 750 ctm. sześcienn. na dobę, mocz mętny, zawiera białko w ilości 1,5 % i rozpuszczoną hemoglobinę. Osad obfity, składa się: 1) ze zmienionych t. j. wylugowanych czerwonych krążków krwi przedstawiających się w postaci pierścionków, 2) ogromnej ilości cylindrów z których jedne woskowe, inne składają się niemal wyłącznie z odbarwionych t. j. wylugowanych czerwonych krążków krwi.

Rozpoznanie: Wada serca, prawdopodobnie *insuff. et stenosis valvulae mitralis.*, *insuff. vv. semil. aortae*, *nephritis chronica*, *haemoglobinuria*.

Nazajutrz podczas wizyty chory skarży się, że nie widzi dobrze. Badanie wykazuje co następuje. Oba oczy znajdują się bez przerwy w stanie drżenia (*nystagmus*) bardzo silnie wyrażonego; kierunek ruchów gałki ocznej niejednakowy na obu oczach: prawe oko wykonywa ciągle ruchy na około osi przednio-tylnej, lewe zaś na około osi bocznej, t. j. z góry na dół. Chory widzi podwójnie mianowicie przy przesuwaniu palca od strony prawej ku lewej, przyczem prawa gałka dochodzi tylko do linii środkowej [porażenie *m. recti interni*]. Pozostałe ruchy prawidłowe. Przy badaniu wzroku każdego oka z osobna okazuje się, że chory na prawe oko widzi tylko z wewnętrznej strony linii środkowej (*hemianopsia*), gdy tymczasem w kierunku nosa nie widzi wcale. Na lewe oko widzi w obu kierunkach, ale słabo jakby przez mgłę. Świadomość zupełnie zachowana. Żadnych innych oznak cierpienia mózgowego nie ma.

Tegoż dnia wieczorem chory umarł.

Badanie zwłok, wykonane przez D-ra PRZEWOSKIEGO, wykazało co następuje: *Insuff. valv. mitralis. Insuff. et stenosis valv. aortae. Nephritis chronica.* Mózg absolutnie zdrowy.

W przypadku powyższym mieliśmy także taką kombinację objawów, któraby kazała przypuszczać cierpienie ograniczonych części mózgowia [wzgórków czworaczych, zrazów potylicowych], gdy tymczasem badanie pośmiertne wykazało, że zależały one jedynie od czynnościowych zmian tychże ośrodków, wywołanych mocznicą.

---

Ostatni przypadek padaczki JACKSON'a bez zmian anatomicznych w mózgu pozostaje, podobnie jak np. przypadek LAUDOUZY'ego i SIREDEY'a, zupełnie niewytłómaczonym.

Pani S., lat trzydzieści kilka, zupełnie zdrowa, bez najmniejszych oznak histeryi. Cztery lata temu przechodziła lekkie obwodowe porażenie nerwu twarzowego [zajęte były gałęzie górne i dolne], które po 2 tygodniach przeszło



nie pozostawiwszy żadnego śladu. W przeddzień zachorowania pani S. w drugim dniu regularności siedziała długo w nocy w ogrodzie, a w ciągu dnia długo przebywała na słońcu. W nocy regularność się zatrzymała [zwykle trwa 4 dni], a nazajutrz pani S. obudziła się z silnym bólem głowy, który przypisywała przerwaniu się miesiączki. Po zjedzeniu obiadu, ból głowy się wzmógł, a przytem chora zaczęła doznawać nudności. Sądząc, że świeże powietrze usunie jej cierpienia, chora wyszła na spacer koło godziny 6 wieczorem. Już wtedy córki zauważyły, że matka jest nieswoja; mało mówiła, szła jakby automatycznie. Na ulicy to się jeszcze wzmogło, chora zaczęła się chwiać na nogach, mówić niewyraźnie, tak że uszedłszy kilkaset kroków, córki przemocą wsadziły ją do dorożki i odwiozły do domu. Na schody chora już sama prawie wejść nie mogła. Zaraz prawie po przyjeździe chorą widziałem; była przytomna, ale mówiła niewyraźnie, jakby bełkotała i wciąż powtarzała jedno i to samo. W twarzy żadnych porażień nie było, lewa ręka wyraźnie osłabiona. Gdy chorą prosiłem aby mi podała lewą rękę, podawała prawą, a przy usilnem domaganiu się, podnosiła lewą rękę — prawą. Kilka razy wymiotowała płyn śluzowo-wodnisty z żółcią zmieszany. Po upływie  $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$  godziny nagle przestała mówić, wlepiła oczy nieruchomie w jeden punkt, poczem przyszedł napad drgawek; te ostatnie rozpoczęły się od twarzy, która rytmicznie wykrzywiała się w lewą stronę. Później zaczęła drgać lewa kończyna górna; kończyna dolna pozostała w spoczynku. Po kilku minutach napad przeszedł, chora jednak już przytomności nie odzyskała. W twarzy porażenia nie ma. Lewa ręka bezwładna, przytem jednak w silnem zgięciu w łokciu. Po upływie kwadransa przyszedł drugi napad, bardzo słaby, a po kilku minutach jeszcze jeden napad, najsilniejszy, a przytem najgwałtowniejszy, jaki kiedykolwiek widziałem. Twarz strasznie wykrzywiała się na lewo, lewa ręka wykonywała gwałtowne ruchy, z ust toczyła się piana, twarz cała nabrzękła i była sina. Po kilku minutach napad ustał i chora wpadła w śpiączkę. Wtedy kazałem jej przystawić pijawki do nosa; podrażnienie przez to wywołane oprzytomniło chorą, która zaczęła najpierw zrywać pijawki, później mówić zupełnie przytomnie, a wreszcie usnęła. W nocy budziła się kilka razy z bardzo silnym bólem głowy, rano jednak obudziła się zupełnie zdrowa, a wieczorem wyjechała na spacer. O wszystkim, co się stało od czasu wyjścia na spacer, nie przypomina sobie wcale. Obecnie jest jaknajzupełniej zdrową.

W przypadku tym, o histeryi mowy być nie może, przemawia przeciwko temu brak wszelkich objawów histerycznych poprzednio, a wreszcie długi okres jakby zwiastunów, polegający na zupełnem zaćmieniu świadomości. Najbardziej przypominałby napad ten padaczkę, ale po pierwsze: chora nigdy napadów nie miała, ani też nikt w rodzinie na padaczkę nie cierpiał, a po drugie w padaczce drgawki nie bywają nigdy częściowe. Czy przyczyną drgawek było jakieś częściowe zaburzenie w krążeniu w mózgu, uwarunkowane nagłem przerwaniem miesiączki, czy nie były one skutkiem działania promieni słońca (*insolatio*) to rozstrzygnąć jest trudno. W każdym razie pozostaje niezmiernie ciekawy fakt wystąpienia padaczki JACKSON'a, pomimo iż nie można podejrzewać żadnego ogniskowego cierpienia mózgu.

## II. NAJNOWSZE POGLĄDY NA FIZYJOLOGIJĘ MÓZGU

opracował

Władysław Gajkiewicz.

[Dokończenie. — Patrz Nr. 40].

IV. Według VULPIAN'a okolice kory mózgowej, których drażnienie wywołuje skurcz mięśni, a zniszczenie — porażenie takowych, nie są ośrodkiem ruchu dowolnego, lecz miejscem w którym zbiegają się włókna nerwowe, idące do mięśni z włóknami doprowadzającymi pobudzenia woli, wytworzone gdzieindziej [cała istota szara korowa]. Wedle tego autora, porażenie ruchu, np. kończyny po zniszczeniu pewnego zawoju mózgowego, zależy nie od zniszczenia ośrodka ruchu dowolnego, lecz od przerwania komunikacji między tą kończyną a całą istotą szarą korową. Teorię swą nazwał VULPIAN „*théorie des confluentes*“. VULPIAN nie przyjmuje pobudliwości istoty szarej korowej; drgawki mięśni przy drażnieniu takowej zależą, zdaniem jego, od drażnienia włókien białych poniżej leżących, porażenie — od ich zniszczenia. Przy drażnieniu więc elektrycznością, istota szara korowa ma się zachowywać biernie, bo tylko jako przewodnik fizyczny. Że jednak istota ta, wbrew pogładowi VULPIAN'a, jest sama przez się pobudliwą, dowodzi: *a*) w pewnych warunkach [silne przekrwienie, zapalenie jej] jest ona wrażliwą i na bodźce mechaniczne, przyczem o przenikaniu drażnienia [jak to ma miejsce z elektrycznością] nie może być mowy. W tychże samych warunkach istota biała korowa, a nawet tak wrażliwa jaką jest torebka wewnętrzna, zachowują się obojętnie [COUTY, LUCIANI, FRANÇOIS-FRANCK i PITRES]. *b*) Istota szara korowa jest daleko więcej pobudliwą niż biała, a mniej niż torebka wewnętrzna; łatwiej powstaje ruch przy drażnieniu istoty szarej korowej niż białej. *c*) ruch mięśni przy drażnieniu istoty szarej pojawia się o  $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{3}$  później niż przy drażnieniu istoty białej, co nie miałoby miejsca gdyby istota szara zachowywała się tylko jako prosty przewodnik. *d*) Krzywe skurczu i tężca (*tetanus*) otrzymane sposobem graficznym, różnią się zależnie czy pochodzą od drażnienia istoty korowej szarej czy białej [FRANÇOIS-FRANCK]. *e*) Drgawki padaczkowe powstają tylko przy drażnieniu istoty szarej, wreszcie *f*) zamrożenie istoty szarej korowej eterem, lub znieczulenie chloralem, morfiną, absyntem, dalej uduszenie, znoszą pobudliwość tylko istoty szarej korowej, podczas gdy biała pozostaje wtedy jeszcze wrażliwą na elektryczność. Wszystko to dowodzi, że istota szara korowa nie zachowuje się obojętnie, lecz przeciwnie, że bierze bardzo czynny udział.

Podobnego nieco zdania jest i NOTHNAGEL. Utrzymuje on, iż ponieważ nie ulega wątpliwości z jednej strony, że zniszczenie pewnego miejsca istoty szarej korowej mózgu wywołuje porażenie ruchu np. kończyny górnej, a z drugiej

strony ponieważ wtedy wola nie zostaje zniesioną, a jednak na ruchy kończyny górnej działać ona przestała, miejsce więc to zniszczone kory nie wytwarza woli, lecz takową przenosi na włókna nerwowe będące w związku z tą kończyną górną. W jakikolwiek bowiem bądź sposób powstaje wola, która pobudza mięśnie kończyny górnej do ruchu, to przyznać musimy, iż „impuls jej innerwacyjny w pewnym ograniczonym miejscu z pierwiastków komórkowych musi przejść do przewodników, które tworzą włókna ruchowe nerwów tej kończyny“. Miejsce to, anatomicznie utworzone z pewnej sumy komórek nerwowych, jest punktem zbiornym („*Sammelort, Knotenpunkt*“), w którym bodziec inerwacyjny doprowadzony przez włókna asocjacyjne z rozmaitych miejsc kory mózgowej, dostaje się do włókien nerwowych (*centri ovalis i capsulae internae*) czynnościowo od siebie niezależnych. Dla NOTHNAGEL'a zawoje mózgowe zwane ruchowemi są „*Rindfeld der einfachen motorischen Uebertragung*“, to jest nagromadzeniem komórek nerwowych, które oprócz innych możliwych, a obecnie niewiadomych, czynności, przenoszą pobudzenia ruchowe bezpośrednio na włókna nerwowe. Zniszczenie ich wywołuje u człowieka trwale, proste porażenie ruchu. Sąsiednie zaś im zawoje, a mianowicie najbliższe im części zawojów ciemieniowych, uważa NOTHNAGEL za „*Rindfeld der motorischen Erinnerungsbilder*“, zniszczenie ich powoduje „*Seelenlähmung*“, a mianowicie wskutek zniszczenia pamięci o ilości i rodzaju każdego potrzebnego ruchu, chory, mimo iż np. kończyną rusza, lecz bez kontroli oczów jest ona dla niego tylko ciężarem. Widzimy więc, iż NOTHNAGEL jest eklektykiem, przyznaje on słuszność w części VULPIAN'owi, a w części MUNK'owi.

V. Dla BROWN-SÉQUARD'a, a po części i GOLTZ'a, zawoje mózgowe nie mają czynności ani ruchowej ani czuciowej. Ruchy powstające przy drażnieniu kory mają zależeć od pobudzenia do czynności właściwych narządów ruchu, które leżą znacznie niżej [na podstawie mózgu, w rdzeniu przedłużonym i kręgowym], elektryczność bowiem przechodzi przez półkule mózgowe jak przez każdy dobry przewodnik; porażenia zaś ruchu mają zależeć nie od zniesienia czynności zniszczonego zawoju, lecz od tego, iż gwałtowne podrażnienie mózgu [przy niszczeniu] wpływa hamująco na czynność właściwych narządów ruchowych i wstrzymuje ich czynność, tak samo jak np. drażnienie elektrycznością nerwu błędnego (*n. vagus*) zatrzymuje działalność komórek nerwowych w mięśniu sercowym znajdujących się (*théorie de l'action à distance, positive, inhibitoire*). Przenikanie elektryczności do wnętrza mózgu przy drażnieniu nią istoty korowej nie ulega najmniejszej wątpliwości, okazały to badania z pomocą galwanoskopu połączonego z wnętrzem mózgu jak i z pomocą metody telefonicznej [D'ARSONVAL i DUPUY]. D'ARSONVAL wykazał, iż strumień faradyczny nawet tak słaby, iż nie działa na nerw kulszowy żaby, wywołuje już dźwięk telefoniczny. Otóż połączywszy telefon z istotą białą korową i drażniąc szarą, nie otrzymanywał on dźwięku, to znaczy iż jeśli dyfuzycja prądu elektrycznego istnieje, to ma to miejsce na niewielką tylko głębokość. Przy drażnieniu kory mózgowej, wnikanie elektryczności aż do podstawy mózgu, wedle BROWN-SÉQUARD'a i jego ucznia DUPUY, odbywa się wzdłuż naczyń krwionośnych i nerwów. Teorii BROWN-SÉQUARD'a zrobiono dużo zarzutów, a mianowicie; dlaczego odcięcie *centri ovalis* od istoty szarej ko-

rowej, chociaż nie znosi przewodnictwa fizycznego, znosi fizjologiczne [PUTNAM, BRAUN, CARVILLE i DURET, BURDON-SANDERSON, FRANÇOIS-FRANCK]? dla czego drażnienie części bliżej podstawy mózgu leżących, np. wyspy REIL'a, nie pobudza mięśni do ruchu, podczas gdy to następuje przy drażnieniu kory zawojów ośrodków więcej oddalonych od podstawy mózgu, to jest od ośrodków ruchowych BROWN-SÉQUARD'a? Dlaczego podczas uspienia chloroformem, chociaż przewodnictwo fizyczne mózgu nie ginie, mimo iż wzgórek prążkowy pozostaje pobudliwym, drażnienie kory mózgowej „zawojów ruchowych“ jest bezskutecznem? dlaczego drażnienie pewnego miejsca na korze mózgowej wywołuje drgawki stale w jednej i tej samej grupie mięśniowej, a drażnienie miejsca tuż obok leżącego, w zupełnie innych mięśniach? dlaczego ruchy ograniczone do pewnych mięśni istnieją, gdy wytniemy wzgórek prążkowy, a giną po przecięciu torebki wewnętrznej, wszak tętnice po których ma biec elektryczność zostają wtedy nietknięte? dlaczego wynik drażnienia kory mózgowej jest ten sam, mimo iż tętnice zostaną zniszczone przez kauteryzację? Dalej, jeśli tętnice są przewodnikami elektryczności przy drażnieniu kory mózgowej, to one najpierw powinny być się kurczyć, czego nie stwierdziły badania manometryczne [FRANÇOIS-FRANCK]? dlaczego u noworodków istota korowa jest niepobudliwą, chociaż tętnice istnieją, a okolica podstawy mózgu jest wrażliwą na elektryczność? Dlaczego tylko pewne punkty kory mózgowej są pobudliwe, a inne mające również tętnice, nie mają żadnego wpływu na powstawanie ruchu w mięśniach? Dlaczego po zniszczeniu miejsc pobudliwych kory mózgowej i zwyrodnieniu leżącej pod nią istoty białej, drażnienie elektrycznością jest bez skutku, chociaż tętnice pozostały i przechodzenie elektryczności nie uległo zmianie?

Co do wpływu inhibicyjnego jakim BROWN-SÉQUARD tłómaczy bezwładę przy cierpieniu kory, to takowy nie ulega żadnej wątpliwości. Inhibicyją tłómaczymy różne objawy, jakie w początkach ostrego cierpienia mózgowego widzimy u człowieka i u zwierząt poddanych doświadczeniom. Objawy jednak nią wywołane powoli giną, a pozostające, trwałe, samą inhibicyją wytłómaczyć się nie dają. Niezrozumiałem jest, by wpływ hamujący jaki wywiera zniszczenie pewnej części kory na czynność narządów ruchowych trwał całe życie, gdyż, jak wiemy, zniszczenie „*zonae motoriae corticalis*“ u małpy i u człowieka wywołuje porażenie trwałe. Dalej, dlaczego tylko cierpienie na wysokości „*zonae motoriae*“ powoduje porażenie, wszak zniszczenie i obocznej kory mózgowej musi inhibicyjnie wpływać na narządy ruchowe podstawy mózgu? Różne umiejscowienie porażenia zależnie od siedliska cierpienia kory mózgowej, kazałoby przypuszczać, iż wpływ inhibicyjny innemi drogami przenosi się, gdy ulegnie cierpieniu to lub owo miejsce „*zonae motoriae*“, a przecież BROWN-SÉQUARD odrzuca wszelką myśl umiejscowień. Wreszcie dlaczego następuje zwyrodnienie wtórne po kilku miesiącach, a więc w czasie gdy wpływ inhibicyjny powinienby już przeminąć?

VI. Na zakończenie przytoczymy pogląd FRANÇOIS-FRANCK'a na znaczenie „ośrodków korowych ruchowych“. Dla wytłómaczenia zjawisk zachodzących przy drażnieniu tych ośrodków, FRANÇOIS-FRANCK skłania

się przyjąć teorię odruchową, gdyż ona najlepiej tłumaczy liczne skutki tego drażnienia [ruchy mięśniowe, odczyny organiczne] i opiera się na jedynie obecnie znanym mechanizmie nerwowym. Tak jak organy nerwowe obwodowe np. ciążka dotykowe, należy uważać, iż na powierzchni skóry tworzą pokrycie złożone z komórek nerwowych, które przyjmują wrażenia zmysłowe i komunikują je nerwom czuciowym przenoszącym też wrażenia do ośrodków nerwowych, tak samo za podobną powierzchnię należy uważać istotę korową „*zone excitabilis*“. Nie jest ona ośrodkiem ruchowym w znaczeniu FERRIER'a, nie jest ośrodkiem właściwego ruchu, nie jest również władzą wykonawczą, lecz punktem wyjścia pobudzeń do czynności, jakie otrzymują prawdziwe ośrodki ruchowe znajdujące się w rdzeniu przedłużonym i kręgowym. Jeżeli jednak w czynności korowej mechanizm jest taki sam, jak w czynności odruchowej obwodowej, to nie wynika jednak ztąd, iżby zachodziła identyczność między reakcjami odruchowymi pochodzenia obwodowego i korowego. Jeżeli do wytłumaczenia powstawania ruchu przy drażnieniu kory, FRANÇOIS-FRANCK uważa teorię odruchową za najodpowiedniejszą, to nie uznaje żadnej z przytoczonych za dostatecznie tłumaczącą porażenia po zniszczeniu tejże kory; wszystkim im można zrobić silne zarzuty i dlatego sądzi, iż lepiej się przyznać do niewiadomości pod tym względem.

Wszystko cośmy mówili, dotyczy li tylko istoty szarej korowej. Co do białej, to włókna nerwowe leżące pod „zawojami czuciowymi“ służą do doprowadzania wrażeń zmysłowych doznanych na obwodzie [siatkówka, ślimak uszny, i t. d.], włókna zaś leżące pod „*zona excitabilis*“, t. zw. pęczek piramidalny lub ruchowy (*fasciculus pyramidalis s. motorius*) jest układem przewodników niezależnych, służących do przeniesienia bez żadnej modyfikacji objawów czynności istoty szarej korowej, a mianowicie łączą one „*zonam excitabilem*“ z narządami komórkowymi leżącymi w rdzeniu przedłużonym i kręgowym, t. z. jądrami (*nuclei*), z których biorą początek włókna nerwów ruchowych mózgowych i rdzeniowych, a więc: nerwu twarowego, części ruchowej trójdzielnego, języko-gardzielowego, podjęzykowego, nerwów ocznych i nerwów kończyn. Włókna więc te, które możnaby nazwać pęczkiem korowo-rdzeniowym (*cortico-bulbaris et medullaris*), zebrawszy na powierzchni mózgu pobudzenia ruchowe dowolne, przenoszą je do narządów wykonawczych.

Kończymy na tem, zaznaczając, iż jakkolwiek postęp, jaki fizjologija — dzięki udoskonaleniu metod badania — zrobiła w ostatnich dziesiątkach lat, jest ogromny i dotyczy niezaprzeczenie i fizjologii mózgu, to jednak jest to zaledwie początek naszych wiadomości o czynności mózgu. Pomijając nawet kwestyę psychologii, która długo zapewne pozostanie jeszcze niewyjaśnioną, nadmienimy, iż z ogromnej masy mózgu, tak szarej jak i białej, zaledwie o cząstce możemy powiedzieć, iż wiemy obecnie coś o jej czynności.

### III. CZTERY NOWE PRZYPADKI PRZEPUKLINY PRZEPONOWEJ

(*hernia diaphragmatica*)

z ogólnymi uwagami o tejże chorobie.

Napisał

**D-r Edward Przewoski.**

[Dalszy ciąg — Patrz Nr. 40].

Przyczyna powstawania przepuklin przeponowych jest w wielu razach zupełnie ciemna. Można wszakże wyrobić sobie o niej niejakie pojęcie przez pilne porównanie danych, zdobytych drogą badania chorych, ze zmianami znalezionymi po śmierci chorych, a nadto przez rozważenie zestawień liczebnych i uwzględniając ostatnie nabytki embryjologii.

Aby od jednego rzutu oka ogarnąć cały zakres nasuwających się tu niepewności przy rozwiązaniu omawianej kwestyi, najprościej jest zestawić wszystkie przypadki przepuklin przeponowych w trzy grupy, stosownie do trojakiiego rodzaju etyologicznie ważnych warunków, w jakich podpadają one obserwacyi. Widzimy mianowicie przepukliny przeponowe:

1. U ludzi, którzy przebyli jakieś znaczne uszkodzenia traumatyczne, albo ciężkie choroby połączone z mniejszem lub większem zniszczeniem przepony.

2. Bez żadnego udziału traumatyzmu u nieżywo narodzonych dzieci z rozmaitemi niedorozwojami innych narządów, a także u dzieci rozwiniętych dobrze, zmarłych zaraz po porodzie lub trochę później, skutkiem przepukliny przeponowej, ale w takich warunkach, że wszystko pozwalało domyślać się, iż dziecko przyszło na świat już z gotową przepukliną przeponową. Nakoniec spotykamy przepukliny przeponowe jeszcze

3. u ludzi starych, którzy nigdy nie ulegali żadnemu traumatyzmowi lub ciężkiej chorobie w okolicy przepony. Czasami ludzie ci umierają skutkiem innych chorób, a przepuklinę przeponową znajdujemy na trupie jako zjawisko zupełnie niespodziewane. Innym razem umierają oni rzeczywiście z powodu zgubnych następstw przepukliny przeponowej, ale stwierdzając to, pozostajemy dalej w najzupełniejszej niewiadomości ztąd się przepuklina wzięła.

Otóż jeżeli w pierwszym z przytoczonych działów przyczyna przepukliny przeponowej jest często jasna lub przynajmniej prawdopodobna, to już w drugim trudno zdać sobie sprawę ze sposobu powstania przepukliny, a w trzecim rodzi się nowa trudność, a mianowicie nie wiadomo czy znaleziona przepuklina jest dalszym ciągiem analogicznych stanów spotykanych u dzieci, czy też czemś zupełnie nowem i niezależnem od przepuklin dziecińczych.

Zaczynając od przepuklin traumatycznych, należy powiedzieć, że przyczyna tych przepuklin w jednym tylko przypadku jest jasna, a mianowicie gdy u człowieka poprzednio zupełnie zdrowego, zaraz po uszkodzeniu wystąpią objawy, pozwalające domyślać się przepukliny i gdy następnie okaże się, że ze względu na miejsce, rozległość, sposób uszkodzenia i t. d., zmiana w przeponie zupełnie

odpowiada zadanym ranom ciętym, kłóty, postrzałowym i innym. Już niesłychanie trudniej decydować o przyczynie przepukliny wówczas, gdy ta pojawi się po upadnięciu, zgnieceniu i innych podobnych tępych uszkodzeniach. Można bowiem w takim razie mniemać, że albo traumatyzm stał się istotnie wyłączną przyczyną uszkodzenia przepony i w dalszym ciągu powodem przepukliny, albo też, że traumatyzm tylko przyczynił się do powiększenia istniejącego już poprzednio w przeponie usposobienia do przepukliny, które było w inny sposób nabyte lub wrodzone. Anatomicznie mogłoby się przedstawiać takie usposobienie np. w postaci jakiegoś słabszego miejsca skutkiem niedorozwoju albo też dajmy na to w postaci małego miejscowego braku w przeponie, zatkanego przez wielki organ brzuszny i t. d.. W każdym więc takim przypadku dla poznania istotnego stanu rzeczy należy pilnie zbadać samo miejsce pęknięcia, porównać je z odpowiednim miejscem u innych osobników i z drugą stroną u tego samego człowieka. Nie łatwiej też wcale wykazać, że jakaś sprawa patologiczna jest przyczyną przepukliny. Trzeba tu dowieść, że poprzednio przepona była zupełnie zdrowa i dopiero w następstwie np. długotrwałego ropnego zapalenia, nowotworu i t. d., została na tyle zniszczona lub osłabiona, że dopełniły się wszelkie warunki dla powstania przepukliny.

Przepukliny przeponowe, w dziale przypadków stanowiących naszą drugą grupę, uważają za wrodzone. Niezawodnie pogląd ten jest słuszny. Dowodzi tego najpierw okoliczność, że przepukliny te widziano u 13 płodów, u 70 nowonarodzonych dzieci, które żyły przeważnie bardzo krótko np. godzinę, dwie godziny do jednego roku. Powtórę, ponieważ nawet u najmłodszych z tych dzieci właściwości otworu w przeponie stanowczo pozwalały wyłączyć istnienie świeżego uszkodzenia podczas porodu.

Dalej ponieważ u tych dzieci niejednokrotnie znajdowano inne wady niedorozwojowe, które wprawdzie z przepukliną przeponową nie stały w żadnym przyczynowym związku, ale które pozwalały podejrzewać możliwość istnienia na rozleglejszą skalę niekorzystnych warunków dla fizjologicznego rozwoju u danego osobnika.

Chcąc zrozumieć sposób wytwarzania się takich wrodzonych braków w przeponie, należy rozważyć szczegóły zarodkowego rozwoju tego narządu. Rozumie się, że jest to zadanie obecnie wcale nie łatwe, gdyż dotąd historia rozwoju przepony znana nam jest zaledwie w ogólnych zarysach.

Z prac His'a, Uskow'a, WALDEYER'a, HERTWIG'a i innych wynika, że pierwszy początek przepony, zarówno w morfologicznym jak i histologicznym względzie, jest podwójny. Morfologicznie dają początek przeponie dwie główne części: przednia, to jest brzuszna (*pars ventralis*) i tylna czyli grzbietowa (*pars dorsalis*). Histologicznie zaś należy odróżnić pierwotną łączno-tkankową przeponę od wrastającej w nią później części mięsnej.

I część brzuszna i grzbietowa przepony ukazują się bardzo wcześnie, razem z pierwszym zaczątkiem serca, jakkolwiek część brzuszna nieco wcześniej. Część brzuszna jest nieparzysta i najszersza na płaszczyźnie pośrodkowej ciała. Część zaś tylna poczyna się w postaci fałd sierpowatych z boczno-tylnych ścian tułowia. Obie części zaczątkowe rosnąc ku sobie, zrastają się w końcu zupeł-

nie odpowiednimi brzegami. Linia zlewania się większej części brzusznej z mniejszą grzbietową wypada na tylnych częściach wykształconej przepony w kierunku mniej więcej linii poprzecznej przechodzącej za żyłą główną dolną.

Otóż tego co powiedziano wystarcza, żeby przypuścić, że dwie wymienione, zawsze zlewające się ze sobą części przepony u zarodka, w wyjątkowych warunkach mogą się na pewnej przestrzeni nie zrosnąć. Wówczas miejscowo pozostanie trwały otwór, łączący jamę brzuszną z jamą klatki piersiowej. Taki otwór musi leżyć na linii spojenia się zaczątkowych części przepony, a więc koniecznie w jej tylnych okolicach po skończonym rozwoju. Właśnie obserwacja przepuklin przeponowych wykazuje taki wynik. Jak bowiem powiedziano wyżej, największa liczba otworów przepuklinowych leży na tylnych częściach przepony. Daje to świadectwo prawdziwości zrobionego przypuszczenia i jednocześnie dowodzi zarodkowego pochodzenia samych otworów. Trudniej nierównie wykazać podobne powstawanie dla otworów topograficznie położonych inaczej. Są wszakże wskazówki, że np. pewna ilość otworów za tylną częścią mostka tworzy się także skutkiem zarodkowego niedorozwoju. Jeżeliby wreszcie pozostały takie otwory przepuklinowe, których istnienia nie możnaby było objaśnić analogicznie, to wypadałoby przyjąć już tylko jedno: a mianowicie, że te otwory wytwarzają się z powodu chorób zarodkowych, np. miejscowego zapalenia otrzewnej, zapalenia opłucnej i t. d..

W przebiegu rozwoju, początkowo przepona przedstawia się w postaci blaszki złożonej z tkanki łącznej, w którą następnie od ścian tułowia wrastają włókna mięsne. Otóż bezwątpienia niekiedy wrastanie to i dalszy rozrost włókien mięsnych odbywa się niezupełnie. Skutkiem takiego niezupełnego rozwoju, może powstać przepona z mięśniem miejscowo słabym, z mięśniem przedstawiającym miejscowe przerwy i na koniec na znacznej przestrzeni zupełnie bez mięśnia. Zapewne ostatnia możliwość trafia się niesłychanie rzadko, ale jej istnienia, na zasadzie dotychczasowych spostrzeżeń, wyłączyć nie podobna. Nie mogę sobie np. inaczej zdać sprawy z przypadku MACAULEY'a, w którym u nowonarodzonego dziecka żołądek, śledziona, trzustka i wielka część kiszki zapełniały lewą połowę klatki piersiowej i były otoczone cienkim łączno-tkanowym workiem. Ten worek był złożony z błony podobnej do otrzewnej, a zastępował lewą połowę przepony. Małe braki mięśniowe w przeponie są zjawiskiem częstym i w dodatku topograficznie występują zwykle w jednych i tych samych miejscach, a mianowicie za mostkiem, po bokach kręgosłupa, pomiędzy przyczepami do żeber i t. d.. Jeżeli podobne braki mięśniowe nie są tak, jak niedorozwój, w postaci otworów w przeponie, od razu gotową przepukliną, to jednak są ważnym do tego anatomicznym usposobieniem. Rozumię się, że samo takie usposobienie, bez innych sprzyjających okoliczności, może nigdy nie doprowadzić do wytworzenia się przepukliny.

Z powyższego wynika, że otwór przepuklinowy w przeponie, lub też anatomiczne usposobienie do wytworzenia się przepukliny przeponowej, rozwija się u człowieka najczęściej razem z rozwojem przepony, a więc bardzo wcześnie. Jeżeli tak, to pytanie zachodzi dalej, kiedy przez gotowy otwór trzewa brzuszne w większej ilości zaczynają przechodzić do klatki piersiowej? Najprawdopodo-



bnie wypada to różnie. Sądzę, że w wielu przypadkach takie przemieszczenie trzew ma miejsce już w znacznych rozmiarach przed urodzeniem, jakkolwiek tacy poważni autorzy, jak KLEBS <sup>1)</sup> i AHLFELD <sup>2)</sup>, zdają się nie podzielać tego przekonania. Powiadają oni mianowicie, że dopóki płuca nie oddechają i płód znajduje się w jamie macicy, ciśnienie na przeponę z obu stron jest równe. Gdyby tak było istotnie, nie byłbym w stanie zrozumieć np. zmian znalezionych w naszym przypadku czwartym. Dziecko to umarło niewątpliwie w chwili porodu i prawie zupełnie nie oddechało, a jednak, jakie kolosalne u niego przemieszczenia trzew, wyciągnięcia kręzek, następcze zaniki na wątrobie, na płucu lewym, na śledzionie i t. d.. Mnie się wydaje, że choćby przypuścić najsilniejsze pierwsze ruchy oddechowe u dziecka, to nigdy dokonałyby one tego nie mogły. Ztąd wierzę, że u płodu ciśnienie na obie powierzchnie przepony bynajmniej nie jest równe i że jest ono stanowczo silniejsze od strony jamy brzusznej. Że tak jest niewątpliwie, przytoczyć mogę na dowód jeszcze fakt następujący. Obserwowano dotąd u nowonarodzonych dzieci siedm przepuklin przeponowych prawdziwych z workiem, dalej jedną widziano u 6-miesięcznego dziecka i jedną u jedenasto-miesięcznego dziecka. Choćby przepona była najwięcej podatna, to jednak przy równym ciśnieniu na obie powierzchnie nie wypukliłaby się ona w postaci worka do góry. Gdyby było równe ciśnienie, to dlaczego przepona w tych razach nie wypukliłaby się do jamy brzusznej? Dalej, ponieważ worek przepuklinowy przeciętnie nie rozwija się w bardzo krótkim czasie, przeto muszę przypuścić, że ciśnienie które go wywołało, było już u płodu.

Cokolwiekbądź, większe ciśnienie w jamie brzusznej u płodu nie zawsze przepycha trzewa brzuszne do klatki piersiowej. Prawdopodobnie w pewnej, a może i znacznej liczbie przypadków robi się to dopiero podczas pierwszych ruchów oddechowych lub nawet przy pierwszych silniejszych napięciach tłoczni brzusznej, jak to widać w następnym przypadku, obserwowanym przez AHLFELD'a w Stycznii 1882 w Giessen.

Dojrzałe i donoszone dziecko krzyczało najpierw silnie, serce u niego znajdowało się w prawidłowym miejscu. Dziecko to wsadzono do kąpieli. Tu zaczęło ono sinieć, krzyk jego stopniowo tracił na sile i jednocześnie serce przedwędrowało z początku na prawo od mostka, a potem aż do prawego dołu pachowego. Jednocześnie z lewej strony pojawił się odgłos wypukowy bębnekowy. Wobec takich objawów AHLFELD stanowczo rozpoznał za życia przepuklinę przeponową lewostronną i badanie pośmierne wykazało: duży otwór w tylnej części lewej połowy przepony.

Jeżeli więc w tym przypadku, przy dużym otworze przepuklinowym, przemieszczenie trzew nastąpiło stosunkowo tak późno, to przy otworze mniejszym, a zwłaszcza, jeżeliby on znajdował się w miejscu mniej dostępnym i zatkanem przez jaki większy narząd, jak np. wątrobę, to przemieszczenie mogłoby nastąpić jeszcze później, a nawet prawdopodobnie i bardzo późno.

---

<sup>1)</sup> E. KLEBS. Handbuch des pathologischen Anatomie. I Band, 1869, pag. 224.

<sup>2)</sup> F. AHLFELD. Die Missbildungen des Menschen. 1882, pag. 184.

Otóż ostatnie przypuszczenie prowadzi do nowych domysłów. Do naszej grupy trzeciej zaliczyliśmy przypadki stanowczo nie traumatyczne i wypadkowo znajdowane u dorosłych chorych za życia lub też u trupów na stole sekcyjnym. Należą tu np. dwa nasze pierwsze przypadki, dalej podobne przypadki: CRUVEILHIER'a u 75-letniej kobiety, DRELFUS'a u 69-letniego mężczyzny, P. GUTTMANN'a u 42-letniej kobiety i inne.

Skoro w tych przypadkach nikt o przepuklinie przeponowej nie wiedział, nikt nie mógł oznaczyć jej początku i ona choremu wcale nie dokuczała, albo też dokuczała tak mało, że nie zwracała zupełnie na siebie uwagi, to nic nam nie przeszkadza przypuścić, że stan ten mógł trwać czas nieograniczenie długi, a więc np. od dziecka. Mówiąc innymi słowami, można przypuścić, że u tych osobników była przepuklina wrodzona, która jednak z tych lub owych powodów, nie pociągnęła za sobą zgubniejszych następstw i jako stan stosunkowo niewinny przetrwała do późnego wieku. Czy są na to jakie dowody? Jako odpowiedź przywidę parę ściślejszych spostrzeżeń:

a) P. GUTTMANN obserwował 42-letnią kobietę, u której bicie serca wykazywano w prawej połowie klatki piersiowej. Ta *dextrocardia* zauważona była u chorej już od dzieciństwa, lubo nie można było wykryć żadnej przyczyny tego zjawiska. Serce było nadto mocno przerosłe z powodu niedostateczności zastawki dwudzielnej i zwężenia otworu żylnego lewego. Chora skarżyła się głównie na duszność, która w słabym stopniu była ciągle i od czasu do czasu powiększała się znacznie. Nadto było przyspieszone i wzmożone bicie serca, dosyć często bolesność w prawej połowie brzucha, rozchodząca się na rozmaite okolice ciała, tak, że chorej prawie nie można było badać. Nakoniec chora umarła z następstw wady serca.

Przy poszukiwaniu pośmiertnem znaleziono lewostronną przepuklinę przeponową. Uciśnięte lewe płuco zajmowało tylko górną część lewej połowy klatki piersiowej. Sięgało ono od tyłu do drugiego żebra, a od przodu i wewnątrz nieco niżej. Od drugiego żebra blisko do czwartego leżał żołądek z wielką krzywizną zwróconą ku zewnątrz, a małą ku wewnątrz. Niżej z tyłu i ku dołowi mieściła się poprzecznicą i kilka pętlic кишки cienkiej, od przodu także pętlice кишки cienkiej i na wewnątrz od kiszki lewy zraz wątroby. Otwór w przeponie znajdował się w lewej jej połowie przy *centrum tendineum*. Przepuszczał on swobodnie cztery palce. Brzeg otworu był zupełnie gładki i nie przedstawiał żadnych śladów jakiegokolwiek sprawy patologicznej. Trzewa brzuszne, leżące w jamie lewej opłucnej, nigdzie nie były przyrośnięte. Przesunięcie serca zależało tylko od ciśnienia wywieranego przez przemieszczone trzewa brzuszne. Stało ono prawie pionowo, było przerosłe i znaleziono w niem rozpoznaną za życia wadę.

W powyższym przypadku brzeg otworu w przeponie był tak gładki, równy i bez śladu żadnej sprawy patologicznej, że miał wszelkie cechy otworu wrodzonego. Nie zanotowano przytem wcale, żeby chora przeżyła kiedykolwiek silniejsze uszkodzenie traumatyczne. Że przepuklina, a więc i otwór w przeponie, istniała w tym razie od dzieciństwa, dowodzi dobrze zauważona *dextrocardia*, która tylko od przemieszczenia przez trzewa brzuszne zależała. Jeżeli tym sposobem nie

ulega wątpliwości, że przepuklina trwała przez lat czterdzieści, to już wszystko przemawia za tem, że była ona stanem wrodzonym.

LAMBL (*Prager Vierteljahresschrift* 1859, I, pag. 215) znowu podaje taki przypadek:

Mężczyzna, lat 33, od dłuższego czasu cierpiał na duszność. W ostatnich dniach swego życia, przy kopaniu dołu, został zasypany ziemią. Od tej chwili duszność stała się nieustanną. Zaraz potem, prawdopodobnie skutkiem obfitego jedzenia, duszność jeszcze się wzmogła i chory umarł. Przy badaniu pośmiertnym znaleziono dwa otwory w przeponie, a mianowicie: wielki w lewej połowie i mały w prawej. Ten ostatni otwór leżał przed lewym końcem *ligamenti hepatis coronarii sinistri* i zajmował prawą swą częścią *ligamentum suspensorium hepatis*, tak, że w więzie wieszadłowym wątroby również był brak dosyć znaczny. Jednocześnie z prawym otworem istniał obszerny brak osierdzia, tak, że z tego ostatniego narządu pozostała tylko przy śródpiersiu tylnem niewielka część w postaci rynienki, zakończonej po bokach i od przodu przez dwa wązkie paski, które jako zdwojenia błony surowiczej zawierały nerwy przeponowe i małe zraziki tkanki tłuszczowej. Brzegi otworów w przeponie były zupełnie gładkie, równe i pokryte błoną surowiczą, powstałą ze zlania się otrzewnej z opłucną. Otwory nigdzie najmniejszego śladu świeżego uszkodzenia, zależnego od ostatniego traumatyzmu, nie przedstawiały. W lewej opłucnej znajdował się żołądek, *flexura coli lienalis* i część lewego zrazu wątroby. Przez prawy otwór do jamy prawej opłucnej przechodziła pętlica кишки cienkiej, mająca  $2\frac{1}{2}$  stopy długości. Oprócz wymienionych zmian, znaleziono jeszcze na trupie niewielkie zmiany w położeniu кишки grubej.

Otóż w tym przypadku po traumatyzmie nastąpiło zwiększenie dawnej duszności i śmierć skutkiem wejścia większej ilości trzew do jam klatki piersiowej. Przerwy w przeponie nie zależały tu zupełnie od ostatniego traumatyzmu, bo świeży traumatyzm dałby świeże uszkodzenia, ze wszystkimi odpowiednimi charakterami, a nie przerwy w przeponie z równymi, zaokrąglonemi brzegami, które gładko pokrywała błona surowicza. Poprzednio zaś chory żadnym większym traumatyzmom nie ulegał. Długotrwałego istnienia przerw dowodzi dalej istniejąca ciągle przedtem duszność, z której można było zdać sobie sprawę tylko znając stan przepony. Ten przypadek przytaczam jeszcze dlatego, żeby pokazać, że tępy traumatyzm, podobnie jak spotęgowane działanie tłoczni brzusznej, przy obecności starych braków w przeponie, zmienia w śmiertelne zmiany to, co w niewielkim stopniu i bez znacznej szkody dla ustroju trwało oddawna.

Już z dwóch przytoczonych przypadków widać, że nasze przypuszczenie wrodzonego pochodzenia przypadkowo odkrywanych, nietraumatycznych przepuklin u ludzi starych nie jest wymysłem pozbawionym wszelkiej podstawy. Przypadek obserwowany przez GUTTMANN'a bezwarunkowo nie dopuszcza innego tłómaczenia. Czy jednak, opierając się na tem lub podobnem spostrzeżeniu, można już myśleć, że wszystkie te nietraumatyczne przepukliny u ludzi starych są wrodzone i skutkiem tego stawić odpowiednią hipotezę? Niezawodnie tak, jeżeli tylko nie ma stanowczych dowodów przemawiających przeciwnie. W tym

względnie, rozpatrując się w zestawieniach liczebnych dostrzegamy następujące dane:

a) *Hernia parasternalis vera sinistra et dextra* obserwowaną była jedenaście razy. Na jedenaście tych przepuklin jedna tylko była u człowieka 36-letniego, a wszystkie inne u ludzi znacznie starszych, 50-cio, 60-cio i 70-letnich. Przytem u 9 z tych ludzi nie podobna było wykazać działania najmniejszego traumatyzmu i tylko u dwóch działanie tępego traumatyzmu nie dało się stanowczo wyłączyć.

b) Nietylko nie zauważono dotąd rozwiniętej przepukliny przymostkowej prawdziwej u dzieci, ale nawet umyślne badania na dzieciennych trupach przedsiębrane dla wynalezienia zaczątków tej przepukliny pozostały bez skutku. Rozumie się że ostatni wynik należy przyjmować jeszcze ostrożnie. Przepuklina przymostkowa jest zmianą patologiczną bardzo rzadką. Nieznalezienia jej dotąd na trupach dzieciennych nie można uważać za dowód stanowczy, że jej u dzieci bezwarunkowo nie bywa. Z drugiej strony należy się upewnić czy np. wadliwy mechanizm wykonywania badania pośmiertnego nie stał się powodem otrzymywania ciągle ujemnych wyników. Istotnie mostek na trupie odcina się szybko i w ten sposób, że małych leżących pod nim woreczków przepuklinowych możnaby nie dostrzedz. W każdym razie ci, którzy od dosyć dawnego czasu świadomie na ostatnią okoliczność zwracali uwagę, również nigdy zaczątków przepukliny przymostkowej u dzieci zobaczyć nie mogli. Ja to samo muszę powiedzieć o sobie, gdyż oglądając starannie przeponę za mostkiem już u znacznej liczby dzieci, zaczątków przepukliny przymostkowej nigdy nie widziałem.

Wobec powyższych danych, mówiąc tylko to, co dyktuje bezpośrednia obserwacja, trzeba z konieczności przypuścić, że *hernia parasternalis vera sinistra et dextra* wykształca się u ludzi dojrzałych i to przeważnie w późniejszym wieku. Jako więc zmiana zupełnie wykształcona przepuklina ta stanem wrodzonym nie jest. Niezawodnie wynik to wcale nie oczekiwany. Worek bowiem przepuklin przymostkowych wpukła się do jamy klatki piersiowej przez przerwę mięsną w przeponie, pomiędzy jej przyczepem mostkowym a żebrowym, a ta przerwa znajduje się już u płodu i jak wykazały pomiary dokonane przez THOMA, u płodu jest ona może stosunkowo nieco większą niż u dorosłego. Usposobienie więc anatomiczne wykształcenia się przepukliny istnieje tu ciągle, a nawet nie ma żadnej okolicy ciała, gdzieby wrodzone usposobienie do przepukliny było lepiej przygotowane. Od czegoż więc zależy omawiane szczególne zjawisko? Oto od tego, że z wiekiem zachodzą w prawidłowej organizacji zmiany, które usposobienie anatomiczne dorosłego do przepukliny przymostkowej powiększają. Należą tu mianowicie:  $\alpha$ ) względne zmniejszenie się wątroby, a ztąd zwiększanie się dostępności do przednich części przepony,  $\beta$ ) wydłużanie się kręzek, na koniec  $\gamma$ ) fakt, że u płodu i nowonarodzonych przerwa przymostkowa w mięśniu przepony jest niejednokrotnie zasnutą przez cieniutkie pęczki mięśniowe, czego u dorosłego prawie nie widać.

Jakkolwiek z dopiero co powiedzianego wynika, że przepukliny przymostkowe wykształcają się w ciągu późniejszego wieku, to jednak wykształcają

się one na miejscu wrodzonego braku mięśniowego, a więc skutkiem wrodzonego usposobienia.

Skoro mamy pewną podstawę do myślenia, że przepukliny przymostkowe prawdziwe rozwijają się w ciągu późniejszego życia, to byłoby rzeczą niewłaściwą odrzucać podobną możliwość dla innych prawdziwych przepuklin przeponowych. Brak tylko dotąd faktycznych danych dla rozstrzygnięcia zagadnienia o ile to istotnie zachodzi. Ale czy w ciągu zewnątrz-macicznego życia mogą się wykształcać takie przepukliny przeponowe fałszywe, jaką np. opisał GUTTMANN w swoim, cytowanym wyżej przypadku, na to nie mamy żadnego dowodu. Rozumie się, nie zaliczam tu wcale otworów w przeponie, powstałych skutkiem następczych pęknięć cienkiego worka przepuklinowego [nasz przypadek drugi].

Skoro i te przepukliny przeponowe, o których obecnie wiemy, że wykształcają się u ludzi dojrzałych, powstają na miejscu wrodzonego usposobienia anatomicznego i skoro nie znamy żadnego dowodu przeciwnego, to obecnie zmuszeni jesteśmy do utrzymania, że

a) tylko przepukliny przeponowe traumatyczne i patologiczne mogą się rozwijać jako stany stanowczo nabyte i

b) że przepukliny przeponowe nie traumatyczne i nie patologiczne powstają zawsze jako stan wrodzony, lub też rozwijający się na miejscu wrodzonych usposobień anatomicznych.

Bliższy mechanizm powstawania przepuklin jest łatwy do pojęcia tylko przy przepuklinach traumatycznych i patologicznych. Przy przepuklinach wrodzonych lub rozwijających się na miejscu wrodzonych usposobień możemy go objaśnić zaledwie więcej lub mniej trafnym domysłem.

Powstawanie więc otworów wrodzonych u zarodka w przeponie w niektórych razach objaśnia AHLFELD mechanicznie zanadto silnem odciąganiem zarodkowego przewodu kiszkiowego od kręgosłupa przez kanał żółtkowy. Skutkiem takiego odciągnięcia, przewód kiszkiowy zarodkowy, a wraz z nim i przednia część przepony, zostają na tyle oddalone od kręgosłupa, że w okolicy późniejszego przelyku dwie zaczątkowe części przepony zrosnąć się nie mogą. WALDEYER znowu powiada, że podobny wynik może sprawić „eine Dislocation der Baucheingeweide zur Pleurahöhle hin“ w epoce jeszcze prawidłowego połączenia pomiędzy jamą klatki piersiowej a brzusznią. Czy koniecznie niezbędną jest przeszkoda mechaniczna do wywołania nadmienionego skutku? Być może, że niezrośnięcie dwóch zaczątkowych części przepony niekiedy bywa skutkiem wprost miejscowego wyczerpania się wzrostowej energii tkanek, jak to prawdopodobnie bywa np. z dziedziczną wargą zajęczą, wilczą paszczą i t. d..

Dla powstawania przepuklin przeponowych po skończonym zarodkowym rozwoju przepony na miejscu anatomicznych usposobień, mamy dwamomenty, a mianowicie ciśnienie dodatnie tłoczni brzusznej na dolną powierzchnię przepony i ujemne ciśnienie na jej górną powierzchnię, to jest przyciąganie wywierane od strony klatki piersiowej. Zdaje się, że niekiedy zachodzą jeszcze inne czynniki powiększające usposobienie anatomiczne. CRUVEILHIER mianowicie powiada, że on i BÉRARD młodszy (*Anat. pat. general. Vol. I p. 639*) widzieli za mostkiem, na miejscu przerw trójkątnych w mięśniu przepony, małe woreczkowate wgłębienia, nie za-

wierające kiszek i wytworzone skutkiem wciągnięcia spowodowanego przez tłuszczaki rozwinięte w tem miejscu i przemieszczające się następnie do śródpiersia przedniego. Dla przepuklin zaprzeponowych H. TILLMANS przytacza podobną obserwację dokonaną przez D-ra SCHUETZ'a, asystenta profesora BRAUNE'go. W tym ostatnim razie pomiędzy listkiem opłucnej a otrzewnej wytworzył się tłuszczak i przemieszczając się powoli do klatki piersiowej począł już wytwarzać wypuklenie się otrzewnej w postaci pustego woreczka [pag. 114]. Niezawodnie w takich razach tłuszczaki mogłyby odgrywać rolę klina rozszerzającego przygotowane poprzednio i zapełnione luźną tkanką łączną szczeliny pomiędzy organami, ale kto wie, czy samo ich przemieszczanie się w kierunku od strony jamy brzusznej, nie jest już aktem następczym, zależnym od przepychania miękkiej podatnej masy w stronę mniejszego ciśnienia. Jeżeliby bowiem wędrówka tłuszczaków zależała tylko od powiększania się ich objętości, to zarówno dobrze mogłyby one przechodzić do klatki piersiowej, jak i do jamy brzusznej.

Inne wyniki, jakich nam dostarcza liczebne porównywanie przepuklin przeponowych, wyjaśnić już nierównie łatwiej. Fakt np., że przepukliny przeponowe zdarzają się głównie po stronie lewej, zależy najprawdopodobniej od ochrony, jakiej doświadcza prawa połowa przepony od przylegającej do niej wątroby. To, że przepukliny przeponowe traumatyczne ukazują się najczęściej po stronie lewej, pewnie jest w związku z tem, że wszelkie pchnięcia nożem, szpadą i t. d. pochodzą od ręki prawej napastującego. Liczby wskazują dalej, że u dorosłych wszelkie przepukliny najczęściej przejawiają się w średnim wieku i częściej u mężczyzny niż u kobiet. Zapewne pierwsze ma związek z tem, że ludzie średniego wieku więcej podpadają wysiłkom pracy fizycznej i że kobiety mniej są wystawione tak na ciężką pracę mięśniową, jak i na niebezpieczeństwa uszkodzeń traumatycznych. [C. d. n.]

## NOTATKI LEKARSKIE.

### 15. Przypadek otrucia chlorkiem kokainy.

Użycie kokainy do znieczulań miejscowych, bardzo często stosowane w ostatnich czasach przez lekarzy przy wykonywaniu drobniejszych operacyj, dało powód do wielu przypadków otrucia, z których niektóre zakończyły się nawet śmiercią.

Przed kilku dniami spostrzegałem przypadek dosyć silnego otrucia kokainą, przy zewnętrznem użyciu tejże. Pani X lat 32 licząca, zgłosiła się do mnie w dniu 21 b. m. z powodu nieprzyjemnego dzwonięcia i lekkiego bólu w obu uszach, przy nieznacznem stopieniu słuchu, które to objawy trwają od 2-u tygodni. Chora przed 3-ma tygodniami przebyła dosyć silny nieżyt jam nosowych, poczem wystąpiły objawy ze strony uszu. Przy badaniu chorej znalazłem: nieznaczne stopienie słuchu na oba uszy. W obu uszach błony bębenkowe były dosyć silnie wciągnięte, z mocno rozwiniętą fałdą tylną błony bębenkowej i wystającym wyrostkiem krótkim młotka. Oprócz tego w prawem uchu przedziurawienie błony bębenkowej wielkości łebka od szpilki w przednio-dolnym odcinku tejże błony, jako pozostałość po przebytem w dzieciństwie *otitis media suppurativa*. Rozpoznanie zatem obecnego cierpienia uszu było: *Catarrhus*

*utriusque tubae Eustachii. Otitis media catarrhalis duplex. Perforatio alta media tympani dextri.* Chora przedstawiała się zresztą w kwitnącym stanie zdrowia, znalem ją jednak już dawniej jako osobę nerwową.

Po przedmuchnięciu uszu szum i słuch uległy poprawie, przeciw bólowi zaleciłem roztwór kokainy 4 grany na 3j *Aquae destillat.* do wkraplań 2 do 3-ch razy dziennie po 8 kropel.

Po pierwszym wkropleniu 8 kropel do prawego ucha, wystąpił bardzo silny ból w uchu, znieczulenie prawej strony gardzieli i języka, zawrót głowy, mdłości i wymioty. Chorą widziałem w 2-ie godziny po zatruciu i jakkolwiek stan jej się poprawił, znieczulenie języka było mniejszem, istniały jeszcze jednak zawroty głowy, mdłości i ból w uchu, tętno było zwolnione około 60 uderzeń na minutę. Przy badaniu ucha prawego znalazłem nieznaczne przekrwienie błony bębenkowej, z ucha wydzielał się płyn surowiczo-słuzowy. Po kilku godzinach, przy zastosowaniu środków pobudzających, chora wróciła do stanu prawidłowego.

Przypadek powyższy jest nową przestrogą, do najostrożniejszego stosowania kokainy, zwłaszcza przy wstrzykiwaniach podskórnych. W ostatnim zeszytcie *Therapeutische Monatshefte* za Sierpień z r. b. pag. 393, opisuje D-r L. SZUMAN z Torunia przypadek silnego otrucia, które wystąpiło u 20-letniej panny po wstrzyknięciu pod skórę 0,1 kokainy. Omdlenie z zupełną utratą przytomności, tężcowy skurcz kończyn dolnych, a w części i krzyża, przy drobnem tętnie, były u chorej wybitnymi objawami. Według SZUMANA tak duże jak i małe dawki kokainy, niejednakowo działają u różnych chorych zastosowane wewnątrznie lub też podskórnie. Jako średnią nietrującą dawkę dla dorosłych do wstrzykiwań podskórnych, przyjmuje SZUMAN od 0,03 do 0,06. Szczególniej niebezpiecznem może być stosowanie kokainy u osób nerwowych i cierpiących na serce. SZUMAN cytuje przypadek D-ra K. z Warszawy, w którym to przypadku u młodego chłopca po wstrzyknięciu w muszlę uszną  $\frac{1}{2}$  szpryki PRAVAZ'a 4% roztworu kokainy wystąpiły objawy otrucia z błądzącością twarzy, wymiotami, trudnością oddychania i t. p.. Ból głowy i wymioty trwały jeszcze dnia następnego.

To niebezpieczne działanie kokainy winni zwłaszcza wziąć pod uwagę panowie dentyści, którzy nieraz wstrzykują w dziąsło duże dawki kokainy przy wyjmowaniu zębów.

E. Modrzejewski.

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

### 36. H. Michaelis. Sposób przechowywania roztworów sublimatu.

Już V. MAYER zauważył, że roztwory sublimatu rozkładają się pod wpływem światła, gdy tymczasem w ciemności i w naczyniach szczelnie zamkniętych trzymają się dobrze przez czas długi. Bliższem zbadaniem tego fotochemicznego działania zajął się H. MICHAELIS, używając do doświadczeń roztworu 1 na 1000 i 1 na 100 sublimatu zaleconego przez LIEBREICH'a (*Hydrargyrum bichloratum corrosivum ex aqua recrystallisatum*). Roztwory tego środka w wodzie przekrojonej w szczelnych 100 gramowych buteleczkach pozostawiono przez 57 dni pokryte cylindrami ze szkła rozmaitej barwy, inne na świetle bez przykrycia, wreszcie inne w zupełnej ciemności. Okazało się, że najprędzej ulegał rozkładowi roztwór w szkłe bezbarwnem, oraz pod cylindrem ze szkła niebieskiego; mniejszy stopień rozkładu zauważono pod szkłem zielonem, zaś w szkłe żółtem roztwór przechowywał się bez zmiany, tak samo jak w zupełnej ciemności. Autor poleca więc do przechowywania roztworów sublimatu używanych w antyseptyce naczynia ze szkła żółtego, a mianowicie ciemno-żółtego *resp.* żółto-brunatnego.

W. Mayzel.

(*Zeitschr. f. Hygiene.* Tom IV. zesz. Sierpniowy r. b.).



# APTEKA

Magistra Farmacyi

## W. KARPIŃSKIEGO

w WARSZAWIE

ulica Elektoralna Nr. 39.

Poleca następujące wina lecznicze, wyrabiane na maładze wyborowej:

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

N a d t o:

- Proszek Rabarbarowy chiński, w pudełkach z odpowiednią łyżeczką, pudełko po 60 kop. — 100 kop. i po 120 kop.
- Wino pepsynowe, na winie francuzkiem, białem (z pepsyną wypróbowanej dobroci), jedna część pepsyny na 50 części wina. Pół butelki 2 rs.
- Tamar-Indien, cukierki rozwalniające, mego wyrobu z kwaśnymi daktylami. Jeden cukierek użyty na noc, a najwyżej dwa, sprawiają rano obfite wypróżnienie bez boleści, — pudełko (12 sztuk cukierków) 75 kop.
- Tran lekarski oczyszczony } Cena względna do ceu handlowych.
- „ „ zwyyczajny }
- „ z żelazem, z jodkiem żelaza, z bendzwinianem żelaza, butelka po rs. 1.
- Oleum ricini koussinatum comp. Środek wypróbowanej dobroci przeciwko soliterowi, zawiera w składzie swoim pierwiastki: paproci, koussu i korzenia granatu, cena doży rs. 2.

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

10—9

W. Karpiński.

ULICA MIRONOWSKA Nr. 3.

## ZAKŁAD KEFIRU LECZNICZEGO K. SIGALINY z Kaukazu.

Oprócz wielu medali otrzymanych w Warszawie i Charkowie obecnie nagrodzony został medalem brązowym na Wystawie Hygieniczno-Lekarskiej i Dydaktyczno-Przyrodniczej we Lwowie mieści się przy ulicy Królewskiej № 31 nowy, wprost parkanu ogrodu Saskiego między ul. Marszałkowską a skwerem kościoła ewangelickiego.

Zakład zaopatrzony stale codziennie w świeży kefir i zdrowe grzybki kefirowe.

6—1