

GAZETA LEKARSKA.

I. Z KAZUISTYKI CHIRURGICZNEJ NEREK.

Napisał

Antoni Gabszewicz.

Kiedy przed 8 laty nieodżałowanej pamięci kol. MATLAKOWSKI przedstawił na posiedzeniu Tow. Lekarskiego preparat wyciętej nerki gruźliczej, wówczas razem z kol. PRZEWOSKIM, przyjmującym udział w dyskusyi, uskarżał się na szczupłość statystyki operowanych przypadków; mieli oni zupełną słuszność, gdyż w 1886 roku, t. j. w 15 lat od chwili dokonania przez SIMON'a po raz pierwszy wycięcia nerki, BRODEUR w swej sumiennej i nadzwyczaj dokładnej statystyce zebrał wszystkich razem najrozmaitszych operacyi na nerkach 327, co w stosunku do częstości różnych spraw chorobowych w tym narządzie wcale imponująco się nie przedstawia. Od tego czasu ilość operacyi na nerkach wykonanych znakomicie się powiększyła, chociaż trzeba dodać, że wyniki ostateczne są wcale niejednakowe u różnych operatorów; tak np. ISRAEL na 81 operacyi dokonanych na nerkach miał odsetek śmierci prawie 15%, a z tego na 37 wycięć nerki odsetek śmierci wynosił 18%.

Tak świetnych wyników, jakimi się szczyci ISRAEL, nie otrzymał żaden z chirurgów. SCHEDE na 38 wycięć nerki miał odsetek śmierci 21%; THORNTON na 25—20%, BARDENHEUER na 37—21,6%, KUESTER na 14—28,5% CZERNY na 33—51%. Wogóle zaś odsetek śmierci po wycięciu nerki w większych statystykach, jak np. u TUFFIER'a, który zebrał 387 przypadków, wynosi 35,4%, u GROSS'a na 2 3 przypadki—44,5%, a u BRODEUR'a na 235—43,5%.

Nasza literatura w sprawie operacyjnej chorób nerkowych w stosunku do zagranicznej nie przedstawia się tak bogato; oprócz wyżej wymienionego przypadku MATLAKOWSKIEGO, znajduję jeden przypadek ORŁOWSKIEGO, jeden ZAGÓRSKIEGO, 3 przypadki OBALIŃSKIEGO, jeden SPANKIEWICZA, jeden SZUMANA, dwa JAWDYŃSKIEGO, demonstrowane na jednym z tegorocznych posiedzeń Tow. Lekarskiego [dotychczas nie ogłoszone]; dopiero KOSIŃSKI przed 2 laty ogłosił stosunkowo znaczną liczbę operowanych przez się przypadków, gdyż aż 15 wycięć nerek z powodu różnych spraw chorobowych, z których kilka już wcześniej były opisane; na 15 operowanych zmarło 5, czyli odsetek śmierci 33%, a więc mniejszy od przeciętnej, otrzymanej w większych statystycznych cyfrach.

Liczba moich spostrzeżeń jest dość szczupła; wynosi ona zaledwie 5 przypadków, z których w 2-ch była gruźlica nerki, w 2-ch ropnie nerkowe w okresie populogowym, a w jednym bąblowiec nerki.

1) Pierwszy przypadek dotyczy 26-letniej kobiety zamężnej i był już ogłoszony w Medycynie z 1889 r. Chora przybyła do szpitala Ś-go Rocha w stanie znacznego osłabienia, z podniesioną ciepłotą ciała i bólami w lewym podbrzuszu, trwającymi od 6-ciu miesięcy. Przy badaniu wyczuwało się z lewej strony brzucha olbrzymi guz, gładki, napięty, dający jednak wrażenie chębotania; guz ten przechodził na prawą stronę po za smugę białą, ku dołowi opuszczał się do dołu biodrowego, a ku górze granice jego ginęły pod żebrami. Mocz oddawany 3—4 razy na dobę w ilości 700—800 ctm. sześć. bez parcia i bólów zawierał olbrzymią ilość ciałek ropnych, już w godzinę po oddaniu moczu osad zajmował $\frac{1}{3}$ część kufła.

W moczu, badanym przez kolegę NENCKIEGO, nie znaleziono laseczników KOCH'a, za to znaleziono je w niewielkiej ilości w płwocinie chorej, u której kol. CHROSTOWSKI znalazł zmiany w obu wierzchołkach płucnych. Rozpoznano z wszelkiem prawdopodobieństwem roponercze (*pyonephrosis*) lewej nerki, gruźliczego pochodzenia. Prawa nerka, dzięki zwiotczeniu powłok brzusznych, daje się wymacać i nie wydaje się powiększoną; nacisk nie wywołuje w niej żadnych bólów. Chorej, żądającej koniecznie pomocy, wyciąłem lewą nerkę przez cięcie otrzewnowe ze względu za znaczną wielkość guza. Składał się on z wielu komór, wypełnionych ropą, w której pływały serowate grudki; badanie drobnovidzowe, dokonane przez kol. PRZEWOSKIEGO, wykazało zaledwie ślady istoty korowej nerki, a w grudkach małe ilości laseczników. Operowana po 2 miesiącach wypisała się ze szpitala z małą przetoką, która się zagoiła po 4 miesiącach. Mocz oddawała czysty; pod drobnovidzem bardzo niewiele widać ciałek ropnych. Po 2 latach zjawiała się znowu bardzo wychudzona, z dużą ilością ropy w moczu i ze zmianami znacznie posuniętymi w płucach. Obecność dużej ilości ropy wskazywała na zajęcie i drugiej pozostałej nerki, chociaż nie wydawała się ona ani podwiększoną, ani bolesną na ucisk. Naturalnie, nie mogło być już mowy o jakiejś pomocy chirurgicznej i chora powróciła do domu; o dalszych jej losach więcej nie słyszałem. Szczegóły operacyjne pominąłem tutaj, gdyż były one drobiazgowo raz już opisane w Medycynie.

2) L. ., córka kolonisty, lat 17, zgłosiła się do mnie 16. VIII. 1893 roku. Znalazłem ją w stanie bardzo posuniętego wyniszczenia; skarży się na ból ciągły, jednostajny, trwający już od kilku miesięcy w prawym boku. Przy badaniu znalazłem w prawym podżebrzu guz dosyć twardy, nieco ruchomy i bardzo bolesny na dotyk; granice guza tego, wielkości mniej więcej głowy dziecka paromiesięcznego, dają się dokładnie określić; wewnętrzna odległa jest od smugi białej na 6—8 ctm., dolna dosięga wysokości kolca biodrowego górnego, górna zachodzi pod żebra. Okolica lędźwiowa prawa w porównaniu z lewą stroną nie wykazuje żadnych zmian z wyjątkiem bólu, jaki sprawia ucisk na pierwszą. Mocz ma chora oddawać bez bólów kilka razy dziennie. Podejrzewając obecność sprawy chorobowej w prawej nerce, pomieściłem chorą

w szpitalu Ś-go Rocha, dla dokładniejszego zbadania wszystkich objawów. Mocz oddaje za każdym razem mętny, w ilości 500 ctm. sz. na dobę, bez najmniejszego bólu. Badany mocz przez kol. NENCKIEGO wykazał ogromną ilość ciałek ropnych i dużo gnilnych bakterji; laseczników gruźliczych nie znaleziono. W wewnętrznych narządach kolega CHROSTOWSKI, poprzednio już znający chorobę, nie znalazł nic nieprawidłowego z wyjątkiem objawów znacznego wycieńczenia. Dzięki zwiótczeniu powłok brzusznych, można wymacać lewą nerkę, która wydaje się nie powiększoną i niebolesną na ucisk. Ciepłota ciała dosięga zrana i wieczorem do 39,5°, tętno do 120, bardzo słabe. Dane powyższe skłoniły mnie do rozpoznania w danym przypadku sprawy ropnej w prawej nerce, ewentualnie nie wykluczając gruźlicy, pomimo negatywnego wyniku poszukiwań laseczników KOSIŃA.

Zachowanie się lewej nerki i pęcherza pozwalało z pewnem prawdopodobieństwem wnioskować o prawidłowym stanie tych narządów. Ze względu na ciężki stan chorej należało albo szybko zastosować pomoc chirurgiczną, albo się jej wyrzec zupełnie; wybrałem to pierwsze na 3 dzień po przybyciu chorej do szpitala. Cięcie lędźwiowo-brzuszne poprowadziłem ukośnie, zaczynając z tyłu od 11 żebra i idąc na dół i ku przodowi brzucha aż do wysokości kolca biodrowego górnego. [Cięcie to stosunkowo dające dużo miejsca, gdyż otrzewną łatwo bardzo oddzielić i odsunąć ku przodowi, zalecone zostało przez BERGMANN'A, a właściwie nie różni się prawie niczem od tego, jakie zaproponował KOSIŃSKI, na międzynarodowym zjeździe lekarzy w Londynie w 1884 roku]. Torebka tłuszczowa mocno zrośnięta z torebką włóknistą; ta ostatnia bardzo zgrubiała, ale po rozcięciu daje się łatwo oddzielić na boki. W miejscu nerki, przedstawiającem jakoby objaw chelbotania, dokonałem jej przecięcia przez dość zgrubiałą istotę korową. Wylało się z $\frac{1}{2}$ szklanki ropy gęstej, przeważnie zawierającej grudki serowate. Wprowadzony palec do wnętrza nerki wykazał w niej obecność kilku niewielkich komór oddzielonych łatwo rozrywalnymi przegrodami, z których wydobywały się masy serowate w dość dużej ilości; krwawienia nie było. Tak charakterystyczny obraz kliniczny mógł mnie przekonać, że w danym przypadku mam przed sobą gruźlicę, której i przed operacją nie wykluczałem. Wobec tego, mając na myśli uratowanie chorej, postanowiłem usunąć całą nerkę, co też stosunkowo łatwo dało się skutecznie, oddzielając ją podtorebkowo; po nałożeniu podwiązki na naczynia i oddzielnie na moczowód, możliwie nisko obcięty, ten ostatni wszyłem w ranę. Ranę skórną w połowie zaszyłem, a pozostałą jamę wytamponowałem gazą jodoformową.

Ciepłota wieczorem 36,6°, tętno bardzo słabe, mocz chora oddała mętny. Na drugi dzień czuje się lepiej, stan bezgorączkowy, bólów niema, mocz mniej mętny, w ilości 500 ctm. sz. na dobę, 3 i 4 dzień przeszedł bez zmiany—opatrunek suchy, bólów niema, stan bezgorączkowy, tętno prawie nitkowate. Na 5 dzień objawy zapaści i śmierć. Wynik sekcji zwłok następujący: gaza w jamie pooperacyjnej nasiąknięta nieco surowicą; sama rana przedstawia się zupełnie dobrze. W płucach i sercu nic nieprawidłowego nie znaleziono; śledziona powiększona w dwójnasób, miękka. Wątroba i pęcherzyk żółciowy prawidłowe. Otrzewna, stanowiąca pokrzywę usuniętej prawej nerki, mocno zgrubiała, jakby

skórzasta. Lewa nerka nieco powiększona; torebka jej łatwo daje się oddzielać, na rozkroju wygląd prawidłowy; przy nacisku z kielichów nerkowych wypływa trochę mętnawego płynu, w którym przy badaniu drobnowidzowym znaleziono małą bardzo ilość ciałek ropnych. W obu moczowodach nie znaleziono żadnych zmian chorobowych. Pęcherz moczowy zwykłej wielkości, a ściany jego zachowują grubość prawidłową; błona śluzowa tylko przy wylocie prawego moczowodu do pęcherza nieco zaczerwieniona. Żołądek bardzo rozszerzony i wypełniony płynem ciemnym, zawierającym strzępki, jakby skrzepniętego włóknika. W pozostałych wewnętrznych narządach nie nieprawidłowego nie znaleziono. Usunięta prawa nerka, której preparat przedstawiałem na posiedzeniu Tow. Lekarskiego, jest w dwójnasób powiększona pomimo pozbycia się swej ropnej zawartości; na przecięciu istota korowa jest dość zgrubiała; w substancji zaś rdzeniowej w miejscach odpowiadających piramidom widzimy zagłębienia wypełnione masami serowatemi; dno tych zagłębień i brzegi ich pokryte owrzodzeniami. Ani osadów, ani kamieni nie znaleziono. Badanie drobnowidzowe usuniętej prawej nerki, dokonane łaskawie przez kol. Dobrowolskiego, wykazało, że istota rdzeniowa podległa zropieniu i ziarnistemu rozkładowi tak, że tylko na granicy między nią i istotą korową można zauważyć resztki kanalików moczowych; w istocie korowej nacieczenie drobnokomórkowe w umiarkowanym stopniu; komórki wyściełające kanaliki moczowe (*tub. contorti*) są obrzmiałe; jądra w niektórych komórkach nie barwią się. Tu i owdzie są widoczne gruzelki z ich charakterystycznymi składowymi częściami—komórką olbrzymią, warstwą epitelioidalną i limfoidalną. Kłębki (*glomeruli Malpighii*) miejscami podległy rozpadowi, miejscami zaś komórki, pokrywające kłębki, są powiększone; w okolicy kłębków nacieczenie drobnokomórkowe. Kilkakrotne badanie skrawków z różnych części nerki nie wykryło obecności laseczników.

Oba powyżej opisane przypadki, jak widzimy, przedstawiają się odmiennie: w jednym wytworzyło się roponercze gruźlicze (*pyonephrosis tuberc.*) tak, że w guzie zostały tylko ślady budowy nerkowej, w drugim zaś sprawa przedstawiała się pod postacią gruźliczego zapalenia miedniczki i nerki (*pyelonephritis tuberc.*); te dwie postaci tylko dają powód do interwencji chirurgicznej, gdyż tak zwana prosówkowata gruźlica nerki nie może wcale interesować chirurga. Sprawa gruźlicza w nerce rozwija się zwykle w ten sposób, że najpierw powstają guziczki w tkance nerkowej, a błona śluzowa miedniczki nerkowej z początku miejscami, a później i na całej przestrzeni, pokrywa się owrzodzeniami gruźliczemi; sprawa zwolna przejść może na moczowód, wywołać zlepane zapalenie ścian jego, czego następstwem będzie wytworzenie się roponercza; to ostatnie może powstać i wtedy, kiedy wprost na drodze mechanicznej masy serowate zatkają zupełnie moczowód. W innych przypadkach sprawa gruźlicza rozwija się tylko w mięszu nerki i prowadzi do wytworzenia jam, co miało miejsce w naszym drugim spostrzeżeniu, a miedniczka nerkowa albo wcale, albo też znacznie później dopiero przyjmuje udział w sprawie gruźliczej. Jak w jednym, tak i drugim razie sprawa chorobowa głównie się rozwija w istocie rdzeniowej; i zwolna tylko rozszerza się w kierunku istoty korowej, a o wiele

prędzej w kierunku miedniczki. TUFFIER odróżnia jeszcze 2 postacie: 1) wodnercze gruźlicze i 2) postać, przy której nerka przeistacza się w zbitą, twardą jednostajnie masę bez powiększenia narządu (*tuberculose massive du rein*); obie one nadzwyczaj rzadko były spostrzegane, a za przyczynę ich uważano zapalenie moczowodu, doprowadzające do zniesienia jego drożności.

Główną bezpośrednią przyczynę gruźlicy nerki, jak i innych narządów, widzimy obecnie w laseczniku KOCH'a; grunt jednak przyjazny dla niej może przygotować przewlekły nieżyt miedniczki nerkowej, nieżyt cewki i pęcherza, a w pewnym stopniu i dziedziczne usposobienie. Możliwość pierwotnej gruźlicy nerki stanowi do ostatnich czasów przedmiot sporny. STEINTHAL, opierając się na 24 przypadkach, sądzi, że gruźlica pierwotnie rozwija się w nerce, i ztąd dopiero mocz zawierający laseczniki, spływając, wywołuje w dalszym ciągu zakażenia gruźlicze. SIMMONDS zaś, przytaczając wyniki 35 sekeyi, dowodzi, że pierwotne ognisko gruźlicze musi się znajdować zawsze w narządzie płciowym i ztąd dopiero zakażenie rozszerza się na pęcherz i nerki; podług GUYON'a u mężczyzn przy jednoczesnym zajęciu nerki przez sprawę gruźliczą chorują zawsze: pęcherz, gruczoł krokowy, przyjadrze i pęcherzyk nasienny; u kobiet zaś narząd moczowy prawie bez wyjątku ulega gruźlicy bez udziału ze strony narządu płciowego.

Pomimo tych sprzecznych zdań nie ulega najmniejszej wątpliwości, że w pewnej liczbie przypadków w nerce może się rozwinąć sprawa gruźlicza pierwotnie: dowodzą tego szczęśliwie zakończone przypadki po wycięciu nerki gruźliczej, w których operowani całe lata później cieszyli się jak najlepszym zdrowiem. Nasz drugi przypadek w którym na sekeyi nie znaleziono zupełnie żadnych zmian ani w pęcherzu, ani w narządzie płciowym, ani w płucach, jest przekonywającym dowodem możliwości pierwotnej gruźlicy nerek. KOENIG już oddawna wyrażał przypuszczenie, że w wielu razach gruźlica nerki może powstać pierwotnie dzięki temu, że laseczniki na drodze krwioobiegu dostają się do nerki i wywołują swoistą sprawę chorobową. Spostrzeżenia ISRAEL'a i HILDEBRAND'a dowodzą, że wogóle samoistny nieżyt gruźliczy pęcherza daleko rzadziej się spotyka, niż pierwotną gruźlicę nerki, coby przemawiało na korzyść teorii zakażenia zstępującego.

Niektóre dane statystyczne wykazują, że najczęściej choruje jedna nerka, i że u dzieci tylko częściej bywają obie nerki zajęte. DICKINSON jednak na 95 przypadków śmierci z powodu gruźlicy nerki u dorosłych, w 11 tylko nie znalazł śladów cierpienia gruźliczego w drugiej nerce. Do objawów, towarzyszących gruźlicy nerki, należą ogólne, jak: gorączka z typem przepuszczającym, wychudnienie i objawy miejscowe, mianowicie: bolesność, która przy gruźlicy rzadko tylko ma dosięgać wysokiego stopnia; od czasu do czasu zjawiają się napady bólów wskutek przemijającego zatkania moczowodu przez masy serowate. Powiększenie stale towarzyszy rozwiniętej już na dobre gruźlicy nerki, nigdy jednak, nawet przy roponerczu gruźliczym, nie dosięga ono takich rozmiarów, jak przy roponerczu zależnym od innych przyczyn. Mocz prawie zawsze bywa mętny, osad zawiera dużo ciałek ropnych, a często w niewielkiej

ilości i ciała krwi. Grudki bardzo często spotykane w osadzie składają się z ciałek ropnych i śluzowych, i w nich stosunkowo częściej można jeszcze wykryć laseczniki; wogóle jednak te ostatnie rzadko bardzo dają się odnaleźć przy drobnowidzowym badaniu. Ilość moczu bywa prawidłową do tej chwili, kiedy jeszcze nie cała istota nerki jest zajęta przez sprawę gruźliczą, a druga nerka zachowuje się prawidłowo. Naturalnie wszystkie wyżej wymienione zmiany w moczu dają się oznaczyć dokładnie wtedy, jeżeli choruje miedniczka nerki, lub też rozpadłe części nerki przedostają się do miedniczki przy zupełnej drożności moczowodu; poprzednio jednak należy wykluczyć cierpienie pęcherza i cewki, gdyż zmiany w tych ostatnich narządach również wpływają na zachowanie się moczu. Czasami bywają objawy parcia w pęcherzu, bóle przy oddawaniu moczu nawet przy zupełnie prawidłowym stanie tego narządu; objaśniają to drażnieniem błony śluzowej przez mocz, zawierający dużo ropy. Gruźlica nerki wogóle ma przebieg dosyć przewlekły i naturalnie dobrowolne wyleczenie, jeżeli kiedy i miało miejsce, należy w każdym razie do rzadkości. Rozpoznanie gruźlicy nerki jest łatwe w tych przypadkach, w których istnieją objawy tej choroby i w innych narządach, lub w przypadkach daleko już posuniętych w rozwoju, którym towarzyszą wszystkie wyżej wymienione objawy ogólne i, co najważniejsza, miejscowe.

Natomiast w początkowych okresach i przy rozwoju gruźlicy pierwotnej w nerce rozpoznanie często napotyka na wielkie trudności; ogólnych objawów może jeszcze nie być, niema bolesności umiejscowionej i powiększenia nerki, a nawet mocz może nie przedstawiać nic nieprawidłowego, szczególnie w tych razach, kiedy następuje przemijające zlepianie się ścian moczowodu, a mocz czasowo nie może się przedostawać z chorej nerki do pęcherza; co najwyżej, istnieją objawy prostego niezłytu pęcherza zależne od nieznaney na razie przyczyny. W podobnym przypadku nie należy zaniedbywać nigdy wielokrotnego badania osadu moczu i poszukiwania w nim laseczników; wykrycie tych ostatnich od razu wskazuje na obecność sprawy gruźliczej; w razie braku ich radzą niektórzy robić szczepienia osadu moczowego do przedniej komory oka dla wywołania gruźlicy tęczówki, MADELUNG zaś do opłucnej, lub otrzewnej; w ostatnim jednak razie trzeba czekać na wynik koło 4 tygodni. Negatywny wynik nie przemawia jednak stanowczo przeciw gruźlicy, gdyż właśnie osad moczowy użyty do szczepienia mógł nie zawierać w danej chwili laseczników. Jeżeli mocz wykazuje obecność laseczników, to pozostaje jeszcze rozstrzygnąć, czy w danym przypadku mamy do czynienia z cierpieniem samego pęcherza, czy też nerki i której mianowicie. Wogóle dotychczasowe spostrzeżenia uczą, że pierwotną sprawę gruźliczą w pęcherzu jeszcze rzadziej się spotyka, niż w nerce; pierwszej sprawie często towarzyszy mocz krwawy, co daje się widzieć gołym okiem i zaburzenia w oddawaniu moczu; są to jednak dane, które w początkowych okresach mało mogą wpłynąć na rozjaśnienie sprawy. Należy wtedy uciec się do pomocy metod zalecanych w nowszych czasach, do jakich należą cystoskopia, katetyzacja moczowodów, palpacja tych ostatnich, u kobiet przez pochwę; mogą one dużo ułatwić rozpoznanie, ale także nie we wszystkich przypadkach, o czem osobiście miałem sposobność się przekonać

na oddziale GUYON'a, u którego jednak badania prowadzą nadzwyczaj dokładnie. ISRAEL również dosyć sceptycznie zapatruje się na cystoskopię, gdyż podług niego, jeżeli cystoskop pomoże nam rozpoznać, która nerka chora, przez wypływanie ropy lub krwi makroskopowo widocznej z moczowodu do pęcherza, to z drugiej strony, jeżeli widzimy czysty moczu, nie mamy jeszcze prawa twierdzić, że dana nerka jest zdrowa; bardzo często przy zwyrodnieniu mączkowatym nerki, nowotworach, kamieniach, lub ogniskach w mięszu nerki, wobec braku łączności z miedniczką, może wypływać z moczowodu zupełnie czysty moczu. W takich przypadkach ostatnimi czasy radzono uciekać się do katetyzacji moczowodu, aby w ten sposób otrzymać bezpośrednio trochę moczu i zbadać go na białko; obecność białka świadczy o istnieniu sprawy chorobowej w badanej nerce, ale brak nie przemawia jeszcze na korzyść prawidłowego stanu, gdyż doświadczenia wykazały, że przy przewlekłych syfilitycznych zapaleniach nerki, przy skurczeniach się nerki i przy wyżej wymienionych cierpieniach, raz może się znajdować białko w moczu, a innym razem nawet śladów jego nie można wykryć. Lepszą wskazówkę rozpoznawczą dostarczyłoby znalezienie cylindrów. Nie wielka ilość czerwonych ciałek krwi znalezionych w moczu niczego jeszcze nie dowodzi, gdyż mogły się one dostać przypadkowo z łatwo ulegającej zranieniu błony śluzowej moczowodu w czasie katetyzacji. Z drugiej strony katetyzację uważa ISRAEL i za niebezpieczną, gdyż, pomimo dokładnego wypłukania pęcherza, w razie istniejącej gruźlicy w jednej nerce, łatwo przenieść infekcję, t. j. zarodki gruźlicze, lub ropne, na drugą nerkę, która dotychczas mogła być jak najzdrowszą. Dodać przytem tutaj trzeba, że samo dokonywanie katetyzacji nie należy do rzeczy wcale łatwych, kiedy GUYONowi do 1892 r. ani razu się nie powiodło.

KOSIŃSKI w przypadkach wątpliwych, w których niema bolesności stale ograniczonej do jednej strony i niema widocznego powiększenia nerki, dla rozstrzygnięcia pytania, która nerka jest chorą, postępuje w ten sposób: na kilka godzin przed badaniem nie uciska wcale brzucha, następnie usypia chorego, i po dokładnem przepłukaniu pęcherza jedną z nerek naciska od strony lędźwiowej i przez podżebrze; w tej chwili zakłada cewnik do pęcherza dla wydobywania zawartości wyciśniętej z nerki, a w razie gdy jej ilość jest niewielką wstrzykuje trochę wody, aby ułatwić odpływ przez cewnik części patologicznych, jeżeli znajdowały się w nerce. Następuje ponownie dokładne przepłukanie pęcherza i takie samo postępowanie z drugą nerką. Naturalnie moczowód musi być drożny; tam, gdzie moczowód nie jest drożnym, niema potrzeby uciekać się do powyższych rękoczynów, gdyż nerka odpowiednia będzie wtedy powiększoną. Wogóle dzisiaj to tylko możemy powiedzieć, że pomimo istnienia tylu metod, w razie niewątpliwej gruźlicy w jednej nerce, o stanie drugiej rozstrzygamy tylko z pewnem prawdopodobieństwem.

W przypadkach, w których gruźlica niezawodnie zajmuje obie nerki, a oprócz tego i inne ważne narządy wewnętrzne, interwencja chirurgiczna schodzi prawie do zera; tam jednak, w których rozpoznano z wszelkiem prawdopodobieństwem gruźlicę w jednej nerce, tam należy niezwłocznie wykonać całkowite wycięcie nerki; trudno się zgodzić ze zdaniem MADELUNG'a, który

zaleca w przypadkach nie bardzo posuniętej gruźlicy zostawiać nerkę, a ograniczyć się tylko na przecięciu i założeniu sączka; radę MADELUNG'a możnaby chyba zastosować tylko w razie powierzchownych gniazd gruźliczych, nadających się do wyskrobania i przypalenia, ale czy chirurg będzie miał pewność, że gniazda te nie istnieją jeszcze głębiej? Dostępne mi cyfry statystyczne wcale nie przemawiają na korzyść nefrotomii przy gruźlicy nerki; tak FACKLAM zebrał 88 przypadków wycięć nerki i 20 przypadków nefrotomii; po tej ostatniej operacji zmarło 5 natychmiast, 7 po kilku dniach, 7 po krótszym lub dłuższym czasie, a jeden tylko operowany żył 1½ roku. Z 88 przypadków z całkowitem wycięciem nerki śmierć nastąpiła wkrótce po operacji w 26 razach. W 62 przypadkach nastąpiła poprawa trwająca krócej lub dłużej, a z tej cyfry u 14 operowanych miało miejsce trwałe wyleczenie nawet po wielu latach.

U jednego ze swych pacjentów MADELUNG w 3½ lat po dokonaniem wycięciu prawej nerki gruźliczej, zrobił nefrotomię na lewej nerce podległej tej samej sprawie i operowany żył jeszcze prawie rok cały. TUFFIER sam wykonał przy gruźlicy nerki 25 razy nefrotomię i miał 48% śmierci zaraz po operacji; w 2 tylko przypadkach miało miejsce nieco dłużej trwające wyleczenie. Na 57 zaś wycięć nerki TUFFIER 11 razy wykonał operację przez cięcie otrzewnowe i miał 37% śmierci, a 46 razy przez cięcie lędźwiowe i śmierć wynosiła 28%. 4-ch tylko operowanych żyło jeszcze po 5, a 10 po 3 latach. U 19 zmarłych zaraz po operacji autor znalazł w 12 razach i drugą nerkę zajętą. Wogóle TUFFIER na nefrotomię przy gruźlicy nerki patrzy jako na środek rozpoznawczy, który powinien pociągnąć za sobą natychmiastowe wycięcie nerki przy prawdopodobnym dobrym stanie drugiej.

Wycięcie nerki gruźliczej powinno się zawsze odbywać na drodze pozaotrzewnowej, cięcie powinno być dość długie, aby ułatwić dostęp do chorej nerki, naczyń i moczowodu. Najlepiej do tego się nadaje cięcie zalecane przez BERGMAN'a i KOSIŃSKIEGO, które i ja zastosowałem w swoim drugim przypadku. W roku zeszłym PÉAN dla wycięcia nerki gruźliczej, lub zajętej przez nowotwór, zalecał robić cięcie poprzeczne brzucha, idące na wysokości pępka od zewnętrznego brzegu mięśnia prostego na zewnątrz aż do mięśnia krzyżo-lędźwiowego; ma ono dawać dużo miejsca, ale dla swego poprzecznego kierunku chyba nie wielu znajdzie zwolenników. Nerkę naturalnie najlepiej starać się wydobyć na zewnątrz bez poprzedniego jej otwierania w razie pewnego rozpoznania, jeżeli temu nie stoi na przeszkodzie łamliwość mięszsu, lub znaczna wielkość; unika się wtedy zakażenia gruźlicą rany operacyjnej, co ISRAEL 2 razy spostrzegał. Lekkie stopnie gruźlicy płuc i pęcherza lub przyjądrza nie stanowią przeciwwskazania do operacji; ciąża również nie jest powodem wstrzymującym od pomocy chirurgicznej; KOSIŃSKI u chorej w 4 miesiącu ciąży usunął nerkę z powodu wodonercza, bez ujemnego wpływu na przebieg ciąży. Podług ISRAEL'a ciąża ma nawet wpływać na szybszy rozwój gruźlicy nerki i dlatego radzi on operację wykonywać jak najwcześniej, nie krępując się odmiennym stanem chorej; w jednym jego przypadku, w którym rozpoznano gruźlicę nerki, przebiegającą bardzo łagodnie przez 2 lata przeszło, zajście w cią-

żę wpłynęło na znaczne pogorszenie objawów tak, że w 4 miesiącu ISRAEL dokonał wycięcia nerki bez zlego wpływu na ciężę; w parę dni po operacyi mocz chora oddawała zupełnie czysty. W drugim zaś przypadku, w którym przed ciężą nie było żadnych objawów ze strony narządu moczowego, jednocześnie prawie z zejściem wystąpiły zaburzenia i bóle w lewej nerce bez jej powiększenia; w moczu znaleziono lasecznika gruźliczego. W 4 miesiącu wywołano sztucznie poronienie, a po kilku dniach wszystkie poprzednie objawy ustąpiły, lasecznika więcej nie znajdowano w moczu. W jednym przypadku u mężczyzny ISRAEL rozpoznał niewątpliwą gruźlicę nerki i dokonał jej wycięcia; powierzchnia przekroju nerki miała zupełnie wygląd charakterystyczny dla gruźlicy, a dopiero badanie drobnowidzowe wykryło zmiany właściwe przymiotowi nerki. [D. n.]

II. PRZYPADEK GUMATU SYFILITYCZNEGO NA PODSTAWIE MÓZGU.

Napisał

Ludwik Dydyński.

Dnia 4. III. 1895 r. do kliniki chorób nerwowych w szpitalu Dzieciątka Jezus przywieziono Franciszkę M..., lat 46, w stanie tak groźnym, że na razie budziły się poważne obawy co do możliwości utrzymania chorej przy życiu. Badanie wykazało co następuje.

Chora wzrostu średniego, prawidłowej budowy ciała i doskonałego odżywiania; obie lewe kończyny zupełnie bezwładne (*hemiplegia sinistra*), prawa zaś w stanie znacznego niedowładu (*hemiparesis dextra*); również widocznym był obustronny niedowład dolnych gałęzi nerwu twarzowego, w znacznie większym jednak stopniu wyrażony po stronie prawej; język przy wysuwaniu zbaczał na lewo, ruchy nim w górę i na boki zachowane; obie gałki oczne silnie odchyłone w stronę prawą (*deviatio conjugata*) i z położenia tego nie mogły być wyprowadzone. Żrenice nieco rozszerzone, oddziaływały prawidłowo na światło i na akkomodację. Oddruchy, tak ścięgniste, jak i skórne, znieśnione. Czucie wyraźnie osłabione na lewych kończynach, a zatem po stronie bezwładu. Łykanie znacznie utrudnione. Chora znajduje się w stanie na wpół nieprzytomnym. Nie gorączkuje, tętno prawidłowe, 60 uderzeń na minutę, mowa utrudniona, nosowa i przez to nieco niezrozumiała. Zaburzeń ze strony pęcherza i kiszek stolcowej niema. W narządach wewnętrznych żadnych zmian zauważyć nie można.

Najwięcej uderzającym objawem, powiększającym grozę położenia, były napady drgawek klonicznych, które się powtarzały mniej więcej co 10—15 minut i obejmowały to jedne, to drugie grupy mięśni. Najczęściej występowały one w prawej dolnej i w lewej górnej kończynie, a nieraz równocześnie przyłączały się do nich drgawki mięśni brzusznych, mięśnia mostko-obojęczy-

ko-sutkowego (*m. sterno-cleido-mastoideus*) z prawej strony i mięśni twarzowych z obu stron, przyczem wysunięty język również podlegał drgawkom. W czasie każdego napadu, obejmującego większą ilość mięśni i trwającego od 1—2 minut, głowa ulegała skręceniu w stronę lewą. Chora oprócz tego uskarżała się na silny ból głowy i na uczucie mrowienia, które występowało przeważnie w kończynach ulegających drgawkom.

Od przybyłego męża dowiedziałem się, że chora od lat 20 jest zamężną; w tym czasie rodziła 12 razy, wszystkie dzieci pomarły w wieku—od roku do 5½ lat. Cztery lata temu chora urodziła martwe dziecko, dwa lata temu poroniła w 3-cim miesiącu, na 10 dni zaś przed przybyciem do kliniki wyjęto z niej martwy płód w 7-ym miesiącu ciąży. W przeciągu dwóch miesięcy przed wyjęciem płodu chora miewała krwotoki z narządów rodnych i uskarżała się na silny ból gardła i chrypkę. Po wyjęciu czuła się ciągle osłabioną, tak, że chodzić już nie mogła; dnia 3. III. t. j. w przeddzień przybycia do kliniki osłabienie znacznie się wzmogło, a w nocy 3-ego na 4-ty III nagle wystąpił bezwład i drgawki z częściową utratą przytomności.

Opierając się na wywiadach tych, nie trudno było rozpoznać naturę cierpienia; nie ulegało bowiem prawie wątpliwości, że mamy do czynienia z gumatem syfilitycznym, którego umiejscowienie ze względu na objawy cierpienia również było nietrudnem. Porażenie wszystkich kończyn, jak również obustronne zajęcie niektórych nerwów czaszkowych każe umiejscowiać siedlisko cierpienia w całej dolnej części mostu WAROL'a i w rdzeniu przedłużonym powyżej skrzyżowania pęczków piramidalnych. Za najprawdopodobniejsze, ze względu na swą częstość, można było uważać przypuszczenie, że początek nowotworzeniu syfilitycznemu dały opony mózgo-rdzeniowe i że w ten sposób pod wpływem nierównomiernego ucisku na włókna piramidalne i znajdujące się po nad nimi jądra niektórych nerwów czaszkowych wystąpiła i nierównomierność samych objawów. Ucisk ześrodkowywał się głównie na prawej połowie wskazanej części mózgu i rdzenia przedłużonego i wywołał lewostronny bezwład wraz z osłabieniem po tejże stronie czucia i przewagę w niedowładzie nerwów twarzowych po stronie prawej (*hemiplegia alternans*, czyli syndrom MIL-LARD-GUBLER'a). Drgawki były objawem podrażnienia włókien ruchowych. Zastosowałem więc natychmiast leczenie swoiste: *kalium jodatum* i wstrzykiwania podskórne *hydrargyri sozjodolici*—0,05 *pro dosi*, pod wpływem którego zaczęły nadspodziewanie szybko ustępować powyżej opisane objawy.

Dnia 7. III. Napady drgawek pojawiały się już rzadziej [mniej więcej co godzina], były słabiej wyrażone, krócej trwające i obejmowały przeważnie lewą rękę i mięśnie twarzy. Chora zupełnie przytomna, a tylko w czasie każdego napadu traci przytomność. Łykanie znacznie się poprawiło i mowa stała się o wiele zrozumialszą.

Dnia 9. III. Napady drgawek ustąpiły. Łykanie i mowa prawidłowe. Niedowład prawostronny, jak również i nerwów twarzowych zmniejszył się. Chora może zwracać oczy na wszystkie strony. Język znacznie mniej się odchyła.

Dnia 12. III. Ból głowy, trapiący dotychczas ciągle chorą i wzmagający się w nocy, zmniejszył się. Siła w prawych kończynach znacznie większa.

Dnia 14. III. Niedowład prawostronny słabo wyrażony. Kończynę dolną lewą chora może zgiąć w kolanie i nieco ją unieść. Kończyną górną lewą nie może jeszcze wykonać żadnego ruchu.

Dnia 19. III. Chora może przy podtrzymywaniu chodzić. Chodząc, wlecze nieco lewą nogę. Niedowład nerwu twarzowego zauważyć się daje tylko po stronie prawej i to w stopniu słabym.

Dnia 22. III. Chora chodzi znacznie lepiej, jakkolwiek lewa noga stale jeszcze słabszą jest od prawej. Lewą rękę chora może już nieco zgiąć w stawie łokciowym. Czucie jedynie w lewej górnej kończynie nieco osłabione.

Dnia 28. III. Ból głowy minął zupełnie. Lewą rękę chora może podnieść, zgiąć w stawie łokciowym; porusza również palcem dużym i wskazującym u tejże ręki. Odruchy tak ścięgniste, jak i skórne, występują bardzo słabo.

Dnia 21. IV, a zatem po 7 tygodniowym pobycie w klinice chora została wypisaną ze szpitala. Wszystkie objawy, z którymi chora do kliniki przybyła, powoli minęły i tylko górna lewa kończyna pozostała słabszą w porównaniu z prawą. Tak stosunkowo szybki przebieg cierpienia przemawia również za pierwotnem przypuszczeniem, że w danym przypadku zmiany syfilityczne umiejscowione były w oponach mózgo-rdzeniowych, a objawy cierpienia spowodowane były przez ucisk i równocześnie z wysysaniem się gumatu ustąpiły prawie w zupełności.

Umiejscowienie ogniska syfilitycznego na wysokości mostu WAROL'a spotyka się rzadko, dany zaś przypadek staje się jeszcze ciekawszym ze względu na tak pomyślny wynik leczenia swoistego.

Z PRYWATNEGO ZAKŁADU LECZNICZEGO DLA DZIECI PRZY ULICY LESZNO.

III. Z DZIEDZINY ZBOCZEŃ WRODZONYCH.

Podał

Bronisław Wilhelm Sawicki.

— † —

[Ciąg dalszy.— Patrz Nr. 34].

3) Do trzeciej kategorii przyczyn, mających wywoływać amputacje samodzielne, należy zaliczyć ucisk, spowodowany zadzierzgnięciem pępowiny lub sznurków patologicznych.

Przypadki owinięcia się pępowiny około rozmaitych części płodu zdarzają się bardzo często. Ma to, zdaniem NEUGEBAUERA, pochodzić wskutek zbyt wielkiego ciśnienia krwi w żyłach pępkowych. Początkowo, ażeby zmniejszyć to ciśnienie, płód obraca się razem z pępowiną, która wskutek tego skręca

się spiralnie. W 5-tym miesiącu ciąży płód rozrasta się na tyle, że nie może już tak łatwo się obracać, a wskutek tego pępowina, podlegając temu samemu prawu skręcania się, obwija się naokoło płodu. Wielu autorów przypuszcza, że owinięta w ten sposób wokół kończyny pępowina, może spowodować amputację samodzielną. Powstaniu takiej amputacji obok zadzierzgnięcia pępowiny mają sprzyjać: wzrost oraz ruchy płodu.

Do rzędu zwolenników takiej teorii należą: MONTGOMERY, SIMONART, SCHWABE, RASCHKOW, HOLST i wielu innych.

Ponieważ przeciwnicy tej teorii czynili zarzut, że pępowina nie jest w stanie oddzielić kości, która przecież jest o wiele twardsza, SIMONART odpowiada: oddzielenie się kończyny następuje nie od razu, lecz w ciągu dłuższego czasu wskutek stopniowego zaniku. Powoli, lecz bez przerwy działający ucisk wywołuje wadliwe rozwijanie się, wątpliwość, a wreszcie oddzielenie się uciśniętej części.

Zdaniem RASCHKOW'a, tętnienie naczyń pępkowych ma posiadać wielki wpływ na upośledzenie odżywiania w uciśniętej pępowiną kończynie. SCHWABE znowu przypisuje duże znaczenie wytwarzaniu się twardych węzłów w mocno skręconej pępowinie. Jeżeli taka pępowina owinie się wokół kończyny w ciągu pierwszych miesięcy ciąży, łatwo może ona doprowadzić do amputacji. Pomimo objaśnień SIMONART'a, RASCHKOW'a i SCHWABE'go trudno się nie zgodzić z przeciwnikami omawianej teorii na to, że ucisk pępowiny na kończynę prędzej może wywołać zaburzenia w krążeniu pępowiny i śmierć płodu, aniżeli zanik i oddzielenie się kończyny.

Rzeczywiście, o ile się można w zupełności zgodzić na to, że pępowina jest w stanie odgniać części miękkie, o tyle niepodobna przypuścić, by ona mogła wywoływać oddzielenie się kości. Raczej kość w tych warunkach powinna spowodować ucisk naczyń pępkowych i zaduszenie się płodu. Opisane dotąd przypadki, o ile się zdaje, w zupełności ten pogląd uzasadniają.

Dość powiedzieć, że nie opisano dotąd ani jednego przypadku całkowitej amputacji, któraby napewno była spowodowana zadzierzgnięciem pępowiny. Takiego przypadku, jak opisany przez TERSTESSE'a, a przytoczony w pracy REUSS'a, na seryo brać nie można. Zadzierzgnięcie pępowiny u płodu miało nastąpić pomiędzy 4 a 5 kręgiem grzbietowym. Spowodowało to przepołowienie płodu; znaleziono i przechowano dolną połowę ze sznurkiem pępkowym, górnej zaś nie udało się odszukać.

Jeżeli powstawanie amputacji całkowitych wskutek zaciśnięcia pępowiną należy uważać za niemożliwe, to za to nie ulega wątpliwości, że tą drogą mogą powstawać amputacje niezupełne. Dość znaczna ilość tego rodzaju przypadków znana jest w literaturze akuszeryjnej. Prawie wszystkie te przypadki dotyczyły płodów nieżywych, urodzonych przed czasem; przytem największa ich ilość pochodziła z pierwszych czterech miesięcy ciąży. Okoliczność ta przemawiałaby na korzyść twierdzenia, że całkowitej amputacji pępowina wywołać nie może.

Niektórzy autorowie [BARFOLINUS, CHAILLY, CAZEAUX, VELPEAU] wiązali powstawanie amputacji samodzielnych ze zbytnią krótkością pępowiny.

Orto widział wprawdzie płód, którego pępowina miała długości $7\frac{1}{2}$ cali i wywołała zgniecenie nosa [w tymże przypadku była *ectopia cerebri* wskutek wzrostów z łożyskiem], lecz po za tem nie posiadamy żadnego spostrzeżenia, któreby na korzyść poglądu wspomnianych autorów przemawiało. Owszem, w razie krótkości pępowiny, trudno nawet przypuścić jej owinięcie się wokół płodu.

Z kolei rzeczy przechodzimy do teoryi najbardziej dziś popularnej i najwięcej uzasadnionej faktami. Teorya ta powstawania amputacyi samodzielnych objaśnia uciskiem ze strony nici, lub powrózków patologicznych. Twórcą tej teoryi jest MONTGOMERY. W r. 1832 opisał on przypadek pięciomiesięcznego płodu, u którego znalazł nici, przebiegające na krzyż od rąk do nóg. Końce nici zadzierzgnięte były na kształt podwiązki z jednej strony na garściach, z drugiej zaś—nad kostkami na goleniach. Ręce poniżej zaciśnięcia były niezupełnie rozwinięte, golenie zaś na dwie trzecie ich grubości były niemi odgniezione. Skóra była na nich cała. MONTGOMERY przypuszcza, że opisane nici przedstawiają uorganizowaną limfę, bliżej jednakże ich powstawania nie tłumaczy. Znalezione w swoim przypadku zmiany stara się on uogólnić i zastosować do wszystkich przypadków amputacyi samodzielnych.

Teorya MONTGOMERY'ego wprędce się przyjęła. Pierwsi jej zwolennicy trzymali się poglądów jej twórcy. SCHMITH zapatrywał się na sznurki, jako na wytwór zakrepiętej limfy, SIMPSON zaś zwał je także uorganizowaną limfą. Samo powstawanie nici tłumaczył sobie SIMPSON miejscowem zapaleniem powłók płodu. Wskutek takiej sprawy zapalnej oddzielne okolice skóry zlepiają się ze sobą za pomocą uorganizowanej limfy, a następnie wytworzone zlepy wskutek ruchów płodu rozciągają się i wytwarzają nici lub sznurki.

Pogląd SIMPSON'a bardziej jeszcze rozwinął SIMONART, który przypuszcza, że w omawianej sprawie wytwarzania nici przyjmuje udział tak skóra, jak i owodnia. Na skórze wskutek sprawy zapalnej powstają owrządzenia, które powodują zrastanie się ze sobą odpowiednich części. Bliznowate zrosty mogą się z czasem rozciągnąć i przekształcać w powrózki.

Z drugiej strony podobne twory mogą powstawać i wskutek zapalenia owodni. Owodnia w tym razie wydziela wysięk plastyczny, który przemienia się w coraz bardziej trwałe błony rzekome; ostatnie przekształcają się z czasem w powrózki, łączące pomiędzy sobą oddzielne punkty owodni, lub też owodnię z płodem. Odpowiednio do tego, pomiędzy jakimi tworami przebiegają powrózki, SIMONART rozróżnia trzy rodzaje tychże: jajowo-owodniowa, owodniowe i płodowe (*ovo-amniotische, amniotische und fötale Bänder*). Jajowo-owodniowe powrózki, czyli więzy, łączą płód z owodnią, owodniowe przebiegają pomiędzy rozmaitemi miejscami owodni; wreszcie płodowe łączą pomiędzy sobą różne okolice płodu. Tak pogląd SIMONART'a na pochodzenie powrózków, jako też ich podział, zostały przyjęte przez większość akuszerów, którzy dotąd omawiane powrózki nazywają więzami SIMONART'a. Nie mniej przeto wielu badaczy w szczegółach różniło się od tego ostatniego. HENNIG np., opierając się na swoim przypadku, twierdził, że sprawa zapalna tak na skórze, jak na owodni, wytwarza błony rzekome, które mają się częściowo odrywać, skre-

cać, wytwarzać powrózki. Nie dość na tem, HENNIG mniemał, że nawet swobodnie w cieczy owodni pływające błony rzekome mogą się jednym końcem przyklejać do skóry płodu lub do owodni, a następnie przyrastać do nich. SCANZONI, uznając zapalne pochodzenie powrózków, odrzucał zapalenie owodni. Sprawie zapalnej ulegała, zdaniem jego, wewnętrzna powierzchnia macicy, z kąd wysięk przenikał przez błony jajowe i następnie wytwarzał omawiane powrózki. Pomimo jednakże całej powagi SCANZONI'ego wszyscy inni autorowie uznawali możliwość spraw zapalnych w samej owodni, jak to ma miejsce w innych narządach, pozbawionych naczyń [chrząstka, rogówka]. Na poparcie tego twierdzenia przytaczano fakt, sprawdzony przez MERCIER'a, BRECHET'a, HOHL'a i innych, że owodnia, w razie jej puchliny (*hydramnios*), bywa zgrubiała różowo zabarwiona, a nawet posiada małe, poskręcane żyłki. Na szczególną uwagę zasługuje tu przypadek HENNIG'a. Znalazł u 5-miesięcznego poronionego płodu, że owodnia była w wielu miejscach zgrubiała i zmętniała; jednocześnie pomiędzy wewnętrzną warstwą łożyska i kosmówką leżał pokład wysięku, poczynającego się organizować. W wodzie płodowej pływały liczne łuski naskórkowe i delikatne błonki, z których dwie większe tworzyły powrózkowate, swobodnie pływające twory. Nadto znaleziono oddzielne błony rzekome, poskręcane w powrózki i przymocowane do skóry płodu. Były one zupełnie podobne do tych, które pływały swobodnie, lecz miały powierzchnię pokrytą wielką ilością łusek naskórkowych. Jedna taka błona przylegała luźno do kroczka, druga była przyrośnięta do żołądka prącia, inne zaś znajdowały się w związku ze stopami, które były szpotawe. Na prawej stopie znaleziono dwie poskręcane błony, z których jedna przystawała do 4 i 5 palca, druga zaś do wewnętrznego brzegu stopy; na lewej stopie błona była silnie umocowana łąpo za palcami, tak, że na miejscu czterech stawów palcowo-śródstopowych znaleziono 1 mm. głębokie dolki. Naskórek był tu nieuszkodzony. HENNIG przypuszcza, że z czasem mogło tu nastąpić oddzielenie 4 zaciśniętych palców. Powstanie opisanych zmian, jakieśmy to już wyżej mówili, HENNIG objaśnia sprawą zapalną w owodni i w skórze płodu, na co zgodzić się można. Błonki i sznurki, pływające swobodnie w cieczy płodowej, powstały prawdopodobnie wskutek oderwania się od błon, wytworzonych na skórze i na owodni. Co się tyczy przypuszczenia HENNIG'a, że takie swobodnie pływające sznurki mogą przyrastać do owodni lub skóry, to wydaje mi się ono nieprawdopodobnem. Raz oderwawszy się od owodni lub skóry, rozpuszczają się one prawdopodobnie w cieczy płodowej.

Na korzyść zapalnej teorii pochodzenia powrózków przemawia także spostrzeżenie LANGE'go. Widział on jajo płodowe, na owodni którego w wielu miejscach znajdowała się warstwa wysięku plastycznego; nadto w jednym miejscu owodnia utworzyła swobodnie pływającą wypustkę, która także zawierała cząstkę wysięku plastycznego wielkości ziarenka konopi.

Powyżej przytoczone spostrzeżenie, jakoteż i późniejsze prace nad zapaleniami owodni [JACQUEMIER, MC-CLINTOCK, SENTEX i inni] przemawiają do pewnego stopnia za teorią SIMPSON-SIMONART'a. Jednakże dla ostatecznego zdecydowania sprawy brak nam dotąd dokładnych badań drobnowidzowych. Wobec

tego tak sprawę zapaleń owodni, jak i powstających z ich powodu zrostów, względnie powrózków, należy uważać za otwartą.

Na innych zupełnie zasadach oparłi GURLT i G. BRAUN swoją teorię powstawania powrózków. Za główną podstawę przyjmują oni zaburzenia w rozwoju. Jeszcze w r. 1833 wypowiedział GURLT przypuszczenie, że omawiane nici są to wyrostki tych błon jaja, z których się płód rozwija, a zatem wyrostki bądź to owodni, bądź też pęcherzyka pępkowego. Wyrostki te wskutek ruchów płodu skręcają się w cienkie, mocne powrózki, lub pętlice, które następnie mogą się owijać wokół płodu, wywoływać zaciśnięcia i amputacje. Teorię GURLT'a dokładniej starał się rozwinąć G. BRAUN, któremu zawdzięczamy kilka interesujących spostrzeżeń.

Z embryologii wiadomo, że owodnia razem ze skórą rozwija się z zewnętrznej warstwy pęcherzyka zarodkowego. Już w ciągu pierwszego miesiąca życia płodowego następuje zróżniczkowanie obu tych tkanek, dopiero jednakże na początku drugiego miesiąca zaczynają się one odsuwać od siebie wskutek nagromadzenia wody płodowej. Później stykają się one ze sobą tylko na pępku, gdzie skóra i naskórek ściany brzusznej przechodzą w wytworzoną przez owodnię pochwę pępowiny.

Otóż BRAUN przypuszczał, że, jeżeli wskutek małej ilości wody płodowej oddzielenie się owodni od skóry ulega opóźnieniu, to owodnia fałduje się. Wskutek takiego sfałdowania wytwarzają się nici, które przeszkadzają dalszemu rozwijaniu się kończyn, lub części tychże oddzielają. Napięta pochwa pępowiny może niekiedy także oddzielać się, fałdować i wytwarzać nici.

Krótkie i nieco niejasne tłumaczenie G. BRAUN'a uzupełnili jego zwolennicy. KLOTZ np. rozwija myśl BRAUN'a w ten sposób: wytworzone na owodni fałdy posiadają ostry kąt zagięcia, wskutek czego znajdujące się na miejscu zagięcia komórki ulegają podrażnieniu i szybko się mnożą. Przy takim powiększeniu działalności twórczej łatwo powstają zrosty pomiędzy oddzielnymi fałdami owodni, lub też pomiędzy owodnią i skórą. Ponieważ dla wytworzenia podobnych zrostów potrzeba, by owodnia przylegała do skóry, a nadto by skóra nie posiadała jeszcze warstwy zrogowaciałej, przeto omawiane zбочzenie nie może się rozwinąć później, niż na początku drugiego miesiąca ciąży.

FUERST przypuszcza jednoczesne połączenie dwóch czynników: powstrzymanie w rozwoju owodni i plastyczne zlepienie jej z płodem. Jeżeli we wczesnym okresie życia płodowego wystąpi jakieś podrażnienie, które wywoła kurczenie się owodni i przyleganie tejże do naskórka, to wskutek zwiększonej czynności komórek następuje zrastanie się obu tkanek; zrosty te w późniejszym okresie, gdy zacznie się nagromadzać ciecz płodowa, ulegają rozciągnięciu i mogą powodować zniekształcenia.

Z powyższego widać, że tak BRAUN, jak i jego zwolennicy, przypuszczają, że połączenia pomiędzy owodnią i płodem powstają po oddzieleniu się owodni od skóry wskutek następujących zrostów. Można by jednakże zarówno dobrze przypuścić, że omawiane połączenia wytwarzają się wskutek niedostatecznego zróżniczkowania się obu tkanek, spowodowanego jakimiś nieznanymi nam czynnikami.

Jeżeli przyczyny i sposób powstawania nici z powrózków nie wyszły jeszcze poza sferę przypuszczeń i częściej gadaniny, to jednakże sam fakt, że te powrózki mogą rzeczywiście przedstawiać zбочenia rozwojowe, o ile się zdaje, nie może ulegać zaprzeczeniu. Przedewszystkiem należy zaznaczyć, że wrodzone zrosty płodu z powłokami spotykają się bardzo często [VIRCHOW, JENSEN, AHLFELD, BRAUN i wielu innych]. Zrosty takie, zarówno jak i opisane powrózki powstają wskutek niedostatecznego zróżniczkowania się skóry i owodni, lub też wskutek zrośnięcia się zróżniczkowanych już tkanek. Następnie na uwagę zasługuje jeszcze ta okoliczność, że w wielu przypadkach obok amputacji i powrózków znajdowano jeszcze i inne zбочenia rozwojowe, jakoto: rozmaite rozszczepy, *hemicephalia*, *hydrencephalocoele*, *spina bifida* i inne. Niektóre wprawdzie z tych zбочeń mogły powstawać, jak to wykazał JENSEN, wskutek zrostów płodu z błonami, były jednakże i takie, których w ten sposób objaśnić nie można, które zatem tworzyły zбочenie rozwojowe, od zrostów niezależne.

Na uwagę tu także zasługują niektóre spostrzeżenia z wczesnego okresu życia płodowego. BRAUN demonstrował trzymiesięczny płód, którego palce u rąk i nóg były połączone za pomocą nici z owodnią. Takież same długie nici przebiegały pomiędzy owodnią i pępowiną. BRAUN przypuszcza, że z czasem znalezione zrosty mogły być wywołać amputacje samodzielne. DOHRN opisał przypadek 9-10-tygodniowego zarodka, którego goleń połączona była z pępowiną za pomocą powrózka. Ten ostatni wytworzył na goleni bródzę. Podobnych spostrzeżeń możnaby przytoczyć o wiele więcej, lecz wobec braku poszukiwań drobnowidzowych trudno z podanych opisów wnioskować, jakie było pochodzenie powrózków. Mniej więcej tylko można przypuszczać, że tworzyły one w tych przypadkach zбочenie rozwojowe, ponieważ makroskopowo nie znaleziono żadnych objawów zapalnych, które powinny by się przechować w trzecim miesiącu życia zarodka.

Ważnego dowodu na korzyść twierdzenia, że powrózki przedstawiają zбочenie rozwojowe, dostarczyły doświadczenia, które na jajach kurzych wykonywali PANUM i DARESTE. PANUM poddawał jaja w ciągu pierwszych dni wylęgania działaniu zmiennej ciepłoty, przyczem zauważył, że w sztucznie oziębionych jajach [w 3 dniu wylęgania] wytwarzały się zrosty pomiędzy płodem i owodnią. Poza tem sama owodnia w tym okresie rozwoju przedstawiała liczne zбочenia, począwszy od niedostatecznego jej ukształtowania się, a kończąc na zupełnym jej braku.

Doświadczenia PANUM'a powtórzył i uzupełnił DARESTE. Oprócz sztucznego oziębienia jaj, zastosował on nierównomiernie ogrzewanie różnych części tego samego jaja, nadto starał się on znosić dziurkowatość skorupy za pomocą pokostowania, ustawiał badane jaja pionowo i t. d.. Za pomocą takich środków DARESTE otrzymywał dość stale zбочenia rozwojowe płodu i jego dodatków. Najczęściej znajdowano braki na kończynach obok niezamknięcia jam ciała. Zбочenia te D. stawia w związku z niedostatecznym rozwojem owodni. Na uwagę tu zasługuje jeszcze ten szczegół, że po wytworzeniu się braków na płodzie, powodowanych niedostatecznym rozwojem owodni, może

się ta ostatnia rozwijać dalej i wespół z wodą płodową może osiągać rozmiarów prawidłowych.

Powyżej przytoczone doświadczenie PANUM'a i DARESTE'a, jeżeli nie wykazują wprost przyczyn, powodujących amputacye wewnątrzmaciczne u ludzi, to w każdym razie dowodzą, że zboczenia w rozwoju owodni mogą też amputacye spowodować. Co powoduje u ludzi zatrzymanie rozwoju owodni, trudno jeszcze dziś orzec.

KLOTZ twierdzi, że zboczenia takie, a względnie wytwarzanie się powrózków u ludzi powstają wskutek zmian w objętości jaja, wywołanych skurczami macicy i zaburzeniami w krążeniu. Z drugiej strony skurcze macicy i zmiany w krążeniu mogą powstawać wskutek rozmaitych czynników psychicznych. Jest to jednakże przypuszczenie, nie poparte dotąd faktami.

Wyżej już mówiliśmy, że zwolennicy teorii GURLT-BRAUN'a w sprawie powstawania powrózków przypisują także wpływ zboczeniom w rozwoju pęcherzyka żółtkowego. Na dowód, że zboczenia takie mogą wytwarzać omawiane powrózki, przytaczają następujące spostrzeżenie AHLFELD'a. Łożysko miało bardzo wyraźny pęcherzyk żółtkowy, wraz z jego sznurkiem dziecko na linii, łączącej brodawki sutkowe, posiadało wyschniętą resztę nitki. Zarówno makroskopowe, jak i mikroskopowe badanie tej nitki wykazało w niej budowę sznurka żółtkowego. AHLFELD ztąd wprowadza wniosek, że zaraz po zamknięciu pępka pęcherzyk żółtkowy musiał się zrosnąć z piersiami płodu, w następstwie zaś zrost ten rozciągnął się i wytworzył sznurek.

Zanim skończymy ostatecznie z kwestyą powrózków owodniowych, musimy przytoczyć jeszcze teorię KUESTNER'a, podług której powrózki powstają wskutek oderwania się części owodni od komórki i następczego skręcenia się oderwanej części w powrózek. O wiele wcześniej od KUESTNER'a podobną myśl wypowiedział E. BRAUN. W przypadkach puchliny omoczni (*hydrollante*), jak wiadomo, zbiera się płyn pomiędzy komórką i owodnią. Kosmówka w tych razach często pęka, co daje powód do odejścia rzekomych wód płodowych. Zarówno jak kosmówka, może pękać i owodnia, której ściany potem opadają, fałdują się i wskutek ruchów płodu, skręcając się, mogą wytwarzać sznurki. Ta sama przyczyna może wywołać oddzielenie się pochwki od pępownicy, co także prowadzi do wytworzenia sznurków. Powyższe dowodzenie oparł BRAUN na przypadku, w którym na pępownicy przy pępku znajdował się skręt węzłów i sznurków, przebiegających od pępownicy do owodni. Pępownina na całej przestrzeni od podwiązki do łożyska była pozbawioną swej pochwki. Każdy sznurek można było rozwinać na błonę surowiczą. Dziecko zmarło zaraz po urodzeniu.

W przypadku KUESTNER'a oderwanie się owodni nastąpiło wskutek urazu. 25-letnia kobieta w końcu 2-go miesiąca ciąży po podniesieniu znacznego ciężaru dostała krwawienia, które trwało 2 dni. Cięża potem przebiegała prawidłowo i w swoim czasie nastąpił poród. Dziecko miało twarz obrzmiałą, sinawą. Na palcach rąk i nóg znaleziono braki, prawa ręka przedstawiała brak II i III członka na 2, 3, 4 i 5-m palcu, lewa zaś brak III członka na tychże palcach. Pozostałe części palców za pomocą płetw łączyły się ze sobą.

Na nogach brakło paznogiowego członka dużego palca [na prawej całkowicie, na lewej częściowo]. Błony płodowe składały się tylko z kosmówki i błony doczesnej, owodni zaś nie można było wykazać na całej ich przestrzeni. Łożysko również nie posiadało owodni. Pochwa pępowiny przylegała do niej luźno i tworzyła liczne fałdy. Górny koniec tej pochwy, przylegający do łożyska, przekształcał się w długi powróżek, który wężykowato otaczał w tym miejscu pępowinę. Na końcu tego powróżka znajdował się gronkowaty twór, składający się z 4 do 5 kolbkowatych jagódek. KUESTNER zapatruje się na ten twór jako na szczątki oderwanych palców. Przyczynę powstania amputacji samodzielnej w danym przypadku widzi on w pęknięciu owodni, spowodowanym podnoszeniem ciężaru. Pęknięta owodnia wytworzyła swobodnie pływające błony, które następnie skręciły się w sznurki i wywołały oddzielenie części płodu.

4) Nową zupełnie teorię powstawania amputacji samodzielnych ogłosił LANCEREAUX w roku przeszłym. Uważa on za przyczynę takich amputacji nerwice troficzne kończyn, czyli t. zw. akrotrofoneurozy, dla których proponuje nazwę *trophoneurose autocopique*. Pogląd swój L. oparł na następującym przypadku: 22-letnia, dobrze rozwinięta i poza tem zdrowa dziewczyna przedstawiła braki palców i wyraźnie zarysowane brózdki na kończynach. Ojciec jej był pijak i zakończył życie przy objawach bezwładu ogólnego. Chora od urodzenia była pozbawiona trzech palców prawej ręki, amputowanych na przebiegu drugiego członka. Pozostałe części drugiego członka oraz pierwsze członki amputowanych palców zrosły się z sobą, tworząc jeden kikut, który posiadał przy nasadzie dwa niewielkie zagłębienia i liczne blizny na końcu. W 4-tym roku życia chora utraciła prawy wskaźiciel w ten sposób, że na wysokości drugiego członka wytworzyło się koliste przewężenie, które, stopniowo się powiększając, spowodowało odpadnięcie końca palca na podobieństwo podwiązanej nitką brodawki. W podobny zupełnie sposób odpadł wskaźiciel lewej ręki w 5-tym roku życia, także na wysokości drugiego członka. Pozostały kikut utracił czucie ciepła i dotyku. Środkowy palec lewej ręki był cały, lecz przedstawiał dwie głębokie brózdki [na drugim i trzecim członku], które zjawily się przed trzema laty i coraz bardziej się powiększały. Palec ten był siny i nieczuły na dotyk i na gorąco. Paluchy obu rąk oraz czwarty i piąty palec lewej ręki żadnych zmian nie przedstawiały. Prawa kończyna dolna była sina, marmurkowa, od czasu do czasu pokrywała się czerwonymi plamami. Kończyna ta była słabo rozwinięta, a od roku poczęły się na niej tuż pod rzepką wytwarzać dwie brózdki półkoliste, coraz bardziej się zagłębiające. W dolnej części uda znajdowało się kilka kolistych brózd dawniejszego pochodzenia. Cała kończyna stale była zimna, pokryta potem; czułość jej na gorąco i na dotyk znacznie była zmniejszona, co zwłaszcza występowało dobitnie w okolicy brózd ponad rzepką. Prawa stopa miała postać stopy szpotawo-końskiej i na stronie zewnętrznej, którą się chora opierała przy chodzeniu, posiadała grubą torebkę surowiczą. Palce tej stopy były cienkie, niewielkie. Zupełnie podobne zmiany przedstawiała lewa noga, która także słabo była rozwinięta mniej czuła i posiadała od niedawna wytwarzające się dwie brózdki [jedną

nad, drugą ponad rzepką]. Najbardziej zasługiwał na uwagę jej duży palec na którym w 15-tym roku życia chorej zaczęła się wytwarzać obrączkowa, bródka na wysokości drugiego członka. Obecnie drugi członek palca był prawie zupełnie odsznurowany i trzymał się tylko na skórze. Czucie na nim było zniesione, chora jednakże odczuwała w nim mrowienie. Przez nieuszkodzoną skórę tego członka przesączał się codziennie płyn krwawy. Narządy wewnętrzne chorej nie przedstawiały nic szczególnego.

Obok powyższego spostrzeganego przez siebie przypadku LANCEREAUX podaje w swej pracy jeszcze streszczenie komunikatu MIRAULT'a, przedstawionego w r. 1863 Towarzystwu chirurgicznemu. Spostrzeganą przez tego autora trzydziesto-ośmioletnią kobietą przechodziła ciężki gościec stawowy, w rok poczem na czwartym palcu prawej ręki wystąpiło obrzmienie, sztywność stawów i gwałtowne bóle, a wreszcie bródka przy nasadzie palca. Podobne zmiany w ciągu lat 15 występowały kolejno na 8 palcach [wyłącznie na rękach], z których 5 uległo zupełnej zgorzeli, trzy zaś inne jeszcze się trzymały. W obu przeto podanych przez LANCEREAUX przypadkach zachodziło to podobieństwo, że na palcach lub na przebiegu kończyny występowały obrączkowane bródki, które, zagłębiając się coraz bardziej, spowodowały zgorzel. Przyczynę tego cierpienia L. widzi w zaburzeniach odżywczych, spowodowanych neurozą troficzną. Na taką przyczynę mają wskazywać objawy, spostrzegane na miejscach cierpiących, jako to: zmiany czuciowe, krwawienie bez uszkodzenia naczyń i t. p.. Opierając się na swoim spostrzeżeniu, L. rozszerzał opisaną postać chorobową na znaczną ilość przypadków, podciągając pod nią wogóle amputacje wrodzone wewnątrz-maciczne. Jako na oczywisty dowód takiego pochodzenia omawianych amputacji wskazuje on na tę okoliczność, że w jego przypadku dziewczyna urodziła się z brakiem trzech palców i ze stopą szpotawą, inne zaś palce traciła już później przy objawach wyraźnej trofoneurozy. Pogląd LANCEREAUX może być do pewnego stopnia słuszny. Utrata części palców lub ich całości wskutek zaburzeń nerwowych oddawna już jest znana u dorosłych. Do rzędu takich cierpień należy np. choroba *aïnhum*, spotykana u murzynów w Brazylii i u Indusów w Pondychéry, a polegająca na odpadaniu małych palców u nóg; amputację taką poprzedzają także zaburzenia czuciowe, zacerwienie skóry, zwracanie się paznogi nazewnątrz, wytwarzanie się bródki przy nasadzie palca. Do tejże grupy cierpień zalicza L. jeszcze stopniowy zanik ostatnich członków palcowych w połączeniu z zakrzywieniem i zwróceniem na zewnątrz paznogi—cierpienie, spotykane i u nas. Nie mniej przeto wszystkie te cierpienia występują dopiero po urodzeniu, nadto przeważnie w wieku średnim lub późniejszym.

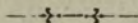
Co się tyczy amputacji wewnątrz-macicznych, to trudno zaprzeczyć, że mogą one niekiedy występować na tle nerwicy troficznej, jak to prawdopodobnie miało miejsce w przypadku LANCEREAUX. Pomimo to, nie zgodziłbym się na takie uogólnienie, jakie na mocy tegoż przypadku L. zrobił. Tam, gdzie przyczyna amputacji samodzielnych tkwi w zaburzeniach nerwowych, zjawieniu się bródki towarzyszy cały szereg objawów ze strony układu nerwowego i krwionośnego [mrowienie, nieczułość, siność, obrzmienie, zwiększona wydzie-

lina potu, krwawienie bez uszkodzenia powłok i t. p.]; nadto w miejscu, raz dotkniętem chorobą, zmiany chorobowe posuwają się naprzód z nieubłaganą stałością, prowadząc rychlej lub później do oddzielenia się odsznurowanych brózdą części. Sam LANCEREAUX powiada, że leczenie jest tu bezsilne. Tymczasem, co najmniej, w większości opisanych dotąd przypadków amputacji wewnętrzno-macicznych nic podobnego nie widzimy. Tam, gdzie znajdowano przewężenia na palcach, części odsznurowane żadnego z wyżej przytoczonych objawów nie przedstawiały i zachowywały zupełną żywotność nieraz w ciągu długiego szeregu lat. O oddzielaniu się w okresie poporodowym części zaciśniętych zaledwie paru autorów wspomina, lecz i tam obraz choroby nie odpowiada opisowi LANCEREAUX. Poza tem trudne byłoby do wytłómaczenia dość częste zjawianie się na kikutach poamputacyjnych opisanych już wyżej kuleczek, które i w moim przypadku miały miejsce. Aczkolwiek kuleczki te były od członka palca oddzielone za pomocą znacznego przewężenia, nie można było w nich wykryć ani makroskopowo, ani też mikroskopowo żadnych śladów przemian wstecznych, z drugiej strony nic nie upoważnia do uważania ich za rodzaj włókniaków, pozostałych na tle zaburzeń nerwowych.

Na tem kończę przegląd rozmaitych teorii i poglądów, jakie wypowiedziano w różnych czasach dla wyjaśnienia przyczyn amputacji samodzielnych. Przy każdej z przytoczonych teorii starałem się podać jednocześnie ocenę tejże. Teraz pozostaje mi tylko zesumować to, co w różnych miejscach powiedziałem. Najmniej prawdopodobną jest teoria złamań. Teoria bliznowatego kurczenia się tkanek wskutek zapaleń także nie przedstawia dotąd prawie żadnych dowodów, które mogłyby przemawiać za nią. Zanik części już wykształconych wskutek zapalenia skóry [KRISTELLER], o ile się zdaje, nie miewa miejsca. Prędzej możnaby przypuścić powstrzymanie w rozwoju niewykształconych jeszcze części, spowodowane dośrodkowym kurczeniem się tkanek, które uległy zapaleniu [VIRCHOW]. Jednakże i na to nie posiadamy dostatecznych dowodów. Najbardziej dotąd uzasadniona faktami jest teoria powstawania amputacji wskutek ucisku pępowiną lub powrózkami. Pępowina atoli, jakżeśmy widzieli, może wywoływać tylko amputacje niezupełne. Natomiast powrózki mogą oddzielać całkowicie części kończyn, na co posiadamy liczne dowody. Odnośnie powstawania powrózków, wiadomo tyle, że niekiedy tworzą się one wskutek pęknięć owodni, częściej wskutek zapaleń owodni oraz skóry, najczęściej zaś, o ile sądzić można, wskutek zaburzeń rozwojowych. Odnośnie teorii, objaśniającej wszystko zaburzeniami troficznymi [LANCEREAUX], mogę powiedzieć, że w niektórych, nielicznych prawdopodobnie przypadkach może być ona przyjętą. W większości jednakże przypadków objawy, towarzyszące amputacjom, tak dalece odskakują od objawów, spotykanych przy trofoneurozach, że przyczynowe działanie ostatnich należy wyłączyć.

[C. d. n.]

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.



70. Moebius. Migrena.

[Dokończenie. — Patrz Nr. 34].

V. Rokowanie. Nie mamy żadnych danych na to, czy migrena może przejść w cierpienie z grubemi uszkodzeniami mózgu. Im napady występują rzadziej, tem mniej obawy o wystąpienie trwałych zmian w mózgu. O złagodzenie przebiegu musimy się starać, jeśli już cierpienia w zupełności usunąć nie jesteśmy w stanie. Niedbałe zachowanie się wobec migreny jest stanowczo większym błędem, niż poważne. Lekarz, śmiejący się z migreny swych chorych, nie zasługuje na nazwę lekarza. Kto dba wyłącznie o cierpienia z wyraźnym podkładem anatomo-patologicznym, ten powinien być zostać anatomem. Migrena sprowadza wielkie męki. Chorzy są często wbrew woli zmuszeni do prowadzenia życia cichego i samotnego.

VI. Leczenie. Środków zapobiegawczych [profilaktycznych] przeciw migrenie prawie nie posiadamy. Nie możemy żądać od pacjentów, aby ze względu na dziedziczność cierpienia, zrzekli się wydania potomstwa.

Najrozsądniejsze są w danym razie rady: racjonalny tryb życia, pobyt na świeżem powietrzu, późne rozpoczynanie kształcenia, wystrzeganie się silnych wrażeń i zmęczenia; zajęcie należy wybrać takie, aby nie trzeba było prowadzić życia miejskiego, a zwłaszcza siedzącego.

Leczenie powinno mieć na celu usunięcie lub osłabienie napadów. Polega ono na uregulowaniu życia i odpowiednich wskazaniach lekarskich. Przede wszystkim należy dbać o wykrycie przyczyn okolicznościowych (*Gelegenheitsursachen*). Pokarmy roślinne są odpowiedniejsze, niż mięsne. Niektórzy pacjenci są zagorzałymi jaroszami. Poprawa w takich razach jest skutkiem kilku czynników: zarzucenia alkoholu, prawidłowego trybu życia, sugestyi. Pacjenci nie powinni używać pokarmów, jakich nie znoszą. Musimy jednak zauważyć, że w miarę tego, jak stajemy się bardziej ostrożnymi, wzrasta nasza wrażliwość.

Kawa w małych dawkach jest nawet pożyteczną zwłaszcza podczas napadów. Nadmiar kawy, czy też herbaty jest bezwarunkowo szkodliwy. To samo da się powiedzieć o tytoniu i stosunkach płciowych. Zmiana miejsca pobytu miewa niekiedy wpływ nader zbawienny. Pobyt 6 tygodniowy nad morzem lub też w miejscu kąpielowem nie może być uważany za dostateczny. Napady podczas takiej kuracyi mogą ustąpić, lecz odnawiają się po powrocie chorego do domu.

Pracować można, byle niezbyt pospiesznie i z przestankami. Gniew jest dla cierpiących na migrenę bardzo szkodliwy.

Środków farmaceutycznych można w lekkich przypadkach zupełnie unikać, w cięższych zaś należy pamiętać słowa JEZUSA syna SIRACHA [38,4]: „Pan daje łekom wyrastać z ziemi, a człowiek rozsądny nimi nie gardzi.”

Przeważnie używamy 2 rodzajów preparatów chemicznych: bromków i nerwowych (*Natr. salicyl. Antipyrinum. Acetanilid. Phenacetinum*). We wszystkich przypadkach ciężkiej migreny wskazanym jest brom. Bromek potasu stosujemy w dawkach wzrastających: z początku po 3,0 dziennie w ciągu kilku tygodni, potem 4,0, 5,0, 6,0, a następnie wraca się stopniowo do 3,0. Dla zapobieżenia szkodliwemu działaniu bromu podaje się go z arsenikiem. Gdy pomimo to następuje zmęczenie duchowe, bromki należy usunąć. Potrzebujący bromu znoszą go łatwo, a ci, którzy go nie znoszą, mało z niego mają pożytku. MOEBIUS podaje przez dłuższy czas bromki po 2,0 — 3,0 bromku w wodzie sodowej wieczorami w ciągu $\frac{1}{2}$ — 1 roku lub dłużej. Gdy nastaje poprawa, autor je usuwa; kobietom jednak radzi je podawać w dalszym ciągu podczas regularności.

W lekkich formach brom jest mniej skutecznym, niż w cięższych. W pierwszych tedy stosuje się *Natr. salicyl.* po 1,0 w kawie wieczorami przez dłuższy czas. Przy prawidłowym trybie życia napady ustają. Z czasem skuteczność salicylanu sodu się zmniejsza. U osób, miewających objawy przedwstępne w przeddzień napadu, wystarcza podawanie 1,0 — 2,0 *Natr. salicyl.* tegoż wieczora. *Antipyrinum* 1,0, *Acetanilid* 0,5 — 1,0, *Phenacetin.* 0,5 działają w ten sam sposób. Jednym pomaga jeden ze wskazanych środków, drugim zaś inny. Dla skuteczności działania środki należy zmieniać: urządzić kolejne okresy antyfebrynowe i salicylowe.

GOWERS podaje w przypadkach ze zblednieniem twarzy nitroglicerynę 0,0002 0,0004 dwa, trzy razy dziennie po jedzeniu. Spostrzeżenia MOEBIUS'a skuteczności tego leku nie potwierdzają.

Hydroterapia ma niezawodnie wpływ skuteczny, o ile podnosi stan ogólny. Jeśli wierzyć wychwalaczom massażu, to musimy się dziwić, że migrena dotychczas jeszcze nie wygasła. Działanie massażu sprowadza się do wpływu sugestyi. Elektroterapia ma w tym razie chyba to samo znaczenie.

U histeryków obawa napadów migreny może wywołać napady histeryczne, podobne do migrenicznych. W takich razach mogą pomódz najrozmaitsze środki, naturalnie drogą sugestyi. Leczenie cierpień żołądka, kiszek, narządów płciowych, oczu, uszu, nosa i innych chorób oddziaływających na migrenę, ma wartość względną. Prawdopodobnie znaczą tu zgryzoty, powstające wskutek choroby, a nie ma żadnej drogi odruchowej.

Leczenie każdorazowego napadu nie wielkie daje wyniki. Ulgę można przynieść, podając *natrium salicylicum, antipyrinum*; skuteczniejszym jest podskórne wstrzyknięcie 2,0 antypiryny lub 1,5 antyfebryny. Poprawa następuje również po bromku potasu lub kofeinie; MOEBIUS przekłada kawę. Przy nader ciężkich napadach można użyć morfiny.

Nacieranie głowy wodą kolońską, mentolem, gorczycą, również ulgę przynosi.

W przypadkach z nadmiarem kwasu solnego w żołądku dobrze robią wody alkaliczne. Okłady zimne i ciepłe na głowę niewiele pomagają.

VII. U wagi teoretyczne. Migrena jest nerwicą, o ile pod wyrazem nerwicy pojmujemy cierpienie, przy którym nie wykrywa się grubych zmian ana-

tomicznych w układzie nerwowym. Nie jest ona żadnem cierpieniem nerwowem, czynnościowem. Takich cierpień nie ma. Nazywamy tak cierpienia, w których zmian nie wykryliśmy za pomocą dotychczasowych metod badania. Przy migrenie bezwarunkowo istnieją zmiany anatomiczne. Gowers powiada, że ich wykryć nie można. Powiedzieć należy raczej, że ich dotychczas należy nie szukać. Trudność polega na tem, że nie wiadomo, gdzie ich szukać. MOEBIUS przypuszcza, że migrena powstaje na tle zmian w korze półkul mózgowych. Siedlisko bólu mieści się prawdopodobnie w pewnych komórkach kory mózgowej lub komórkach jądrowych włókien, w które są zaopatrzone opony mózgowe (*die Hirnhäute versorgende Fasern*); właściwiej, sprawę uważać można za wtórne uszkodzenie opon mózgowych. Trudność polega na wyjaśnieniu przypadków, w których aura i ból się krzyżują, zachodzą w różnych półkulach. W przypadkach, w których objawy dotyczą naprzemian jednej lub drugiej strony głowy, należy przypuszczać zmiany w częściach symetrycznych obu półkul. Od warunków ubocznych zależy wystąpienie napadu w jednej lub drugiej półkuli. Dziwnem może się wydawać, dlaczego w takich razach nie bywa bólu obustronnego. Przypadki dwustronnej migreny należą do rzadkości. Wiemy jednak, że przy sprawach ośrodkowych występuje dążność do jednostronnych objawów, jak to ma miejsce przy hysterii. Rzadko napady występują stale po jednej stronie; zwykle zmieniają miejsce, jakkolwiek jedna strona przeważa.

Napadowy charakter cierpienia objaśnia się stopniowem wytwarzaniem odpowiednich warunków. Gdy warunki się nagromadzą, powstaje napad, przez który mózg od owych wybuchowych środków uwolnionym zostaje. Rozpoczyna się ponowne ładowanie, a po pewnym czasie następuje świeży napad. Im niższym jest poziom zdrowia w ogóle, tem więcej się nagromadza materiału wybuchowego i tem częściej występuje eksplozja.

O wzajemnym stosunku objawów, składających się na obraz migreny, wiemy bardzo niewiele. Dawniejsi badacze sądzili, że ból głowy przy migrenie jest objawem wtórnym, zależnym od cierpień żołądka; większość nowoczesnych autorów jest zdania wprost przeciwnego. Zapominają jedni i drudzy, że ból głowy i objawy żołądkowe mogą być niepowiązane między sobą stosunkiem przyczynowym, lecz jednakowo zależnymi od innej bardziej odległej przyczyny. Znamy wszak cierpienia, w których objawy żołądkowe i bóle głowy są skutkami jednoimiennymi, przez jedną przyczynę spowodowanymi, jak to ma miejsce przy zapaleniu opon mózgowych, uszkodzeniach opon, guzach mózgu. Wymioty przy migrenie są tylko pozornie analogicznymi z wymiotami przy cierpieniach mózgowych. Przy grubych zmianach w mózgu wymioty występują nagle bez poprzedzających objawów, przy migrenie zaś poprzedzają je nudności, zachodzi wstręt do jedła, przykry zapach z ust lub też wytwarzanie nadmiaru kwasu solnego w żołądku. Wiadomo też, że zakłócenia usposobienia (*Gemüthsbewegungen*) dają te same objawy.

Może zachodzić *circulus vitiosus*: cierpienia mózgowe wywołują zaburzenia trawienia, a powstające tą drogą jady znów działają szkodliwie na mózg.

To objaśniłoby dobre skutki kwasu salicylowego, który jednocześnie działa przeciw objawom mózgowym i żołądkowym.

Dla wytłomaczenia pochodzenia migreny od lat dwudziestu posilkują się teorią naczynioruchową. Teoria ta została przez LIVEING'a, GOWERS'a i MOEBIUS'a obaloną. W zjawiskach fizyologicznych i patologicznych objawy ze strony komórek mięszszowych są pierwotnymi, a ze strony naczyń wtórnymi. W wielu razach nie znajdujemy przy migrenie żadnych zmian naczynioruchowych, przy tej samej migrenie spotykamy niekiedy zwężenie; innym razem zwężenie naczyń. Nie wiadomo, z kąd wysnuto sobie wniosek, że zmiany w naczyniach, zależne od nerwu współczulnego, mogą pociągnąć za sobą objawy właściwe migrenie.

Należy przypuścić, że zmiany naczynioruchowe są wtórne, tak samo jak objawy ze strony kanału pokarmowego i że są one zależne od zmian w mózgu. Dlaczego one występują tylko w niektórych przypadkach, dlaczego raz twarz jest bladą, a innym razem pokrywa się rumieńcem, o tem nie powiedzieć nie możemy. Wszak i podczas gniewu jedni się czerwienią, a inni bledną. Prawdopodobnie zachodzi pewien stosunek pomiędzy oponami mózgowymi, właściwie jądrami *rami recurrentes* i ośrodkiem naczynioruchowym, jako też ośrodkiem nerwu błędnego.

(*Nothnagel's Specielle Pathologie und Therapie. Wien. 1894.*)

M. Biro.

WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE.

13. Surowica przeciwgruźlicza. Na LXVIII kongresie *British Medical Association* MARAGLIANO ¹⁾ [z Genui] przedstawił wyniki swych badań nad zastosowaniem surowicy leczniczej w różnych okresach gruźlicy. Badacz ten nie podaje szczegółów otrzymania substancji leczniczej, zaznacza tylko, że surowica pochodziła od psów, osłów i koni, które uodporniano nie żywotnymi hodowlami laszczników gruźliczych, lecz „swoistemi ich toksynami“ oraz, że siła surowicy zależy od własności szczepionki, od ilości szczepień oraz od właściwości indywidualnych zwierzęcia; wiadomo bowiem, że surowica niektórych zwierząt posiada w znacznym stopniu wpływ immunizacyjny przy gruźlicy. Określenie siły surowicy przeciwgruźliczej, t. j. oznaczenie ilości surowicy, zubożętniającej działanie trujące tuberkuliny, dokładnie wykonać się nie daje. Pod wpływem surowicy u suchotników niegorączkujących ciepłota ciała się podnosi, przy gorączce małe dawki na ciepłotę wpływu nie okazują, przy większych z początku ciepłota podnosi się, następnie opada. Na układ krwionośny surowica zwykle wpływu nie wywiera, w niektórych tylko przypadkach liczba uderzeń serca zmniejszyła się; we krwi występuje leukocytoza i zwiększenie ilości hemoglobiny oraz liczby czerwonych krążków krwi. W moczu czasami występuje pepton, białka surowicze, ani cukru nie zauważono. Stan ogólny chorych poprawiał się; rżenia

¹⁾ (Berliner klin. Wochenschrift, Nr. 32, 1895).

wilgotne znikają, liczba laseczników zmniejszała się, wreszcie po dłuższym czasie pasożyty gruźlicze znikają. Na zakażenia wtórne surowica MARAGLIANO'a jest bezskuteczną. Surowica ta stosowaną była w 82 przypadkach gruźlicy płuc. Całkowite wyleczenie osiągnięto w 24 z 49 przypadków gruźlicy ograniczonej bez-gorączki, w innych tej kategorii przypadkach oraz w 14 przypadkach rozlanych zmian gruźliczych nastąpiło znaczne polepszenie, u 14 chorych, dotkniętych zakażeniem mieszanym, leczenie pozostało bez skutku, wreszcie w 9 przypadkach gruźlicy rozpadowej z jamami sprawa przyjęła przebieg łagodniejszy. Leczenie, skuteczne tylko w pierwszych okresach gruźlicy, nie powikłanych zakażeniem mieszanym i sprawą rozpadową, trwać powinno bardzo długo [1—2 lat]; krwotoki płucne nie stanowią dla tego zabiegu przeciwwskazania. Po wstrzykiwaniach, które najdogodniej dokonywać w luźną tkankę łączną w dolnej części klatki piersiowej *in l. axill. post.*, niema zwykle reakcyi miejscowej; w wyjątkowych przypadkach występuje miejscowe obrzmienie z bolesnością, wkrótce przemijającą. U suchotników niegorączkujących stosuje się surowicę przeciwgruźliczą w ciągu 10 pierwszych dni leczenia co drugi dzień w dawce 1 c. sz., następnie codziennie po 1 c. sz., 2 razy na dzień i t. d.; w przypadkach przebiegających z gorączką M. zaleca od razu wstrzyknąć większą ilość surowicy [10 c. sz.], następnie zaś przejść do dawek, stosowanych przy lżejszych postaciach gruźlicy.

Czy surowica MARAGLIANO'a okaże taki skutek, jaki jej autor przypisuje, rozstrzygnąć tę kwestyę może tylko wielka liczba spostrzeżeń klinicznych. Z referatu jednak tego badacza nie możemy się dowiedzieć, w jaki sposób została przygotowana substancya lecznicza, a co najważniejsza, że z powodu braku przebiegu klinicznego obserwowanych przypadków rzeczy tej krytyce poddać nie jesteśmy w stanie.

Pruszyński.

14. *Parnassia palustris*. *Parnassya*, czyli Dziewięciornik łąkowy przeciwko epilepsyi. *Parnassya*, roślina łąkowa, błotna, należąca do rodziny Rosiczkowatych (*Droseraceae*), jest bardzo rozpowszechnioną i u nas na wilgotnych łąkach, na których ładnie białe kwitnie pod koniec lata. W Infantach u Łotyszów roślina ta jest bardzo cenioną, jako środek leczniczy przeciw niektórym chorobom nerwowym, a zwłaszcza przeciw padaczce.

D-r DIHRİK (*Allgemeine Medic. Centr.-Zeitung*, 1895. 66) od pewnego czasu robił spostrzeżenia nad działaniem owej rośliny u epileptyków, szczególnie u takich, u których inne leki zawodziły. Otóż, jak zapewnia DIHRİK, wyniki są względnie bardzo zadawalające, np. u chłopca dwuletniego, którego padaczka trapiła od roku, po dwumiesięcznem leczeniu *parnassya* napady przestały zupełnie występować.

Przypadków takich obserwowano dotąd bardzo niewiele: cztery u ludzi i jeden u psa; trudno więc stanowczy wyprowadzić wniosek. W każdym razie DIHRİK bardzo zachęca do wyprobowania działania owej rośliny, tembardziej że właśnie teraz jest pora kwitnienia *Parnassyi*.

Sposób stosowania jest następujący. Roślinę całą wraz z korzeniem i kwiatem suszy się, następnie drobno się kraje. Na dwie drachmy tych ziółek trzeba

naląc około pół kwarty wody wrzącej i pozostawić pod przykrywą przez kwadrans. Potem napar ten trzeba gotować tak długo, aby wygotowała się $\frac{1}{4}$ część. W końcu należy przecedzić przez płótno.

Z tego naparu i odwaru (*Infuso-decoctum Parnassiae*) chory powinien przyjmować mniej więcej co dwie godziny duży kieliszek od wina.

Wiktor Grostern.

15. *Solanum carolinense*. Psianka Karolińska przeciwko epilepsji. D-r BARBER z New-Jorku (*Therap. Wochenschr.* 1895. 30) donosi o swych spostrzeżeniach nad działaniem nowego środka leczniczego przeciwko epilepsji.

Już od dawna wiadomem było, że murzyni amerykańscy używają Psianki Karolińskiej przeciwko epilepsji. To zachęciło kilku lekarzy do przeprowadzenia odpowiednich badań. Pierwszą zachęcającą wiadomość o wartości leczniczej wzmiankowanej rośliny podał jeszcze w r. 1889 D-r NAPIER. Odtąd zaczęto w Ameryce więcej zwracać uwagi na ową roślinę, a w r. 1894 KRAUS wykazał, że głównymi działającymi składnikami w przetworach Psianki Karolińskiej są: solanina i solanidina.

Z owoców wzmiankowanej rośliny otrzymuje się dwa przetwory: nalewkę 20% (*tinctura*) i wyciąg płynny (*extractum fluidum*). Dawka wyciągu płynnego wynosi 2—15 grm.

D-r BARBER, po przeprowadzeniu spostrzeżeń od r. 1893 nad działaniem Psianki u epileptyków, dochodzi do następujących wniosków.

Popierwsze. Psianka Karolińska nie może wyrugować dotąd stosowanych metod leczniczych przeciwko epilepsji.

Powtórre. W każdym razie nowy ten lek może daleko lepiej i skuteczniej zastąpić na pewien czas przetwory bromu, aniżeli boraks.

Potrzącie. Nie ulega wątpliwości, że przetwór psianki wywiera wpływ pomyślny, choć niezbyt energiczny, na epilepsyę. Z tego też powodu można skorzystać z owych własności leczniczych Psianki i podawać ją wówczas, gdy chcemy chorych na pewien czas uwolnić od wpływu depresyjnego bromu.

Poczwarcie. W odpowiednich dawkach przetwór Psianki Karolińskiej nie wywołuje objawów otrucia.

Wiktor Grostern.

List otwarty do Redakcyi Gazety Lekarskiej.

SZANOWNY PANIE REDAKTORZE!

Z powodu notatek kol. PRZYJAŁKOWSKIEGO z Ozorkowa p. t: Trzy przypadki błonicy, wyleczonej surowicą [Gaz. Lek. Nr. 34 r. b.] pozwalam sobie uczynić niektóre sprostowania.

Kol. P. wspomina, że „surowica warszawska, oprócz stosunkowo małej siły, ma jeszcze tę wadę, że jej objętość nie jest stałą“ i t. d.

Wszystkich seryi surowicy przeciwbłoniczej od kwietnia do sierpnia r. b. wypuściłem 7. Serya 1-sza i 2-ga zawierały w 1 ctm. sz. surowicy 120 jednostek uodporniających, zawartość flaszeczek równała się 10 ctm. sz. ergo 1200 jednostkom; flaszeczki z seryi 3-iej wraz z 4-tą zawierały po 11,5 ctm. sz., po 95 jednostek uodporniających w 1 ctm. sz. surowicy, a więc po 1092,5 jednostek; 5-ta serya—8 ctm. sz. surowicy po 140 jednostek, czyli po 1120 jednostek; serya 6-ta—11 ctm. sz. surowicy

o sile 100 jednostek w 1 ctm. sz., co czyni 1100 jednostek; 7-ma zaś serya z 20. VIII, zawiera tylko 7 ctm. sz. surowicy w każdej flaszeczce po 160 jednostek t. j. 1130 jednostek. Ztąd widzimy, że surowica warszawska bywa tak rozlewana, że w zawartości każdej flaszeczki bywa od 100 do 200 jednostek więcej ponad liczbę, podaną na etykietce [1000 jednostek uodporniających]. Nie więc dziwnego, że wobec tych danych objętość jej nie mogła być stałą. Zle widocznie być hojnym, hojność ta bowiem wpływa, jak się okazuje, na niedogodność surowicy w użyciu.

Ta nieużyteczna ilość surowicy, jak się kol. P. wyraża, jest nadwyżką, która może jedynie wpłynąć na korzyść dziecka dotkniętego błonicą, a nie na jego szkodę, należy i nią nie pogardzać.

Jestem pewien, że gdyby kol. P. pofatygował się określić siłę mojej surowicy, otrzymałby liczby, podane wyżej i nie przyszedłby do głośownego wniosku, że surowica warszawska posiada stosunkowo małą siłę. Do takich wniosków dochodzi się tylko na podstawie doświadczeń danych.

Tych kilka słów wyjaśnienia racz Szanowny Panie Redaktorze umieścić w szpaltach swego pisma.

Wł. Palmirski.

Wiadomości bieżące.

— D. 28 września r. b. odbędzie się w naszym mieście zjazd koleżeński b. uczniów prof. JANA PANKIEWICZA. Osoby, pragnące przyjąć udział w wymienionym zjeździe proszone są o zwrócenie się do p. Troetzera [Warszawa, Chłodna, 29].

— D. 26 b. m. przywieziono do szpitala starozakonných, chorego lat 57, który tegoż dnia przybył do Warszawy z Wołynia ze stadem owiec. Przy badaniu klinicznym stwierdzono w tym przypadku cholere azyatycką w okresie zamartwiczym. Badanie bakteriologiczne, dokonane w pracowni kol. ELSENBERGA, okazało w wypróbnieniach obecność spiryllów cholerycznych. Chory ten tegoż samego dnia zmarł.

— Konferencya międzynarodowa, dotycząca służby sanitarnej na kolejach i okrętach zwołaną została do Amsterdamu na d. 20 września r. b. Prace tej konferencyi podzielone są na trzy sekcye: pierwsza z tych sekcji zajmie się środkami zabezpieczenia zdrowia oficjalistów, druga—organizacją służby lekarskiej, trzecia—hygieną podróżnych.

— 67 Kongres niemieckich lekarzy i przyrodników odbędzie się w Lubeece d. 16—21 września r. b.

— 3 międzynarodowy kongres fizyologów odbędzie się w Bernie d. 9—12 września r. b. Z kongresem tym jednocześnie ma być otwartą wystawa przyrządów fizyologicznych.

— Prof. ENGLISH mianowany został kierownikiem trzeciej chirurgicznej kliniki w wiedeńskim „*allgemeines Krankenhaus*“.

— Prof. BONNET z Giessen obejmuje miejsce profesora anatomii w Greifswaldzie po SOMMER ze, który przechodzi w stan spoczynku.

— Prof. KAROL NICOLADONI z Innsbruku powołany został na profesora chirurgii do Grazu.

Odpowiedź od Redakcyi.

Kol P... w T... O t. z. *extractum Pichi-Pichi fluidum*, pochodzącym z rośliny *Fabianu imbricata* s. *Pichi*, znajdzie kolega dość obszerną wzmiankę w Gazecie Lek. z r. 1893. Nr. 34. str. 896 — w dziale „Wiadomości terapeutyczne“.

Do dzisiejszego Nr. Gaz. Lek. dołącza się bezpłatnie dla wszystkich prenumeratorów „katalog nowych dzieł“ za miesiąc lipiec, 1895, z księgarni E. Wende i S-ka.

Wydawca, D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny, D-r Wł. Gajkiewicz.

Довз Цензурою, Варшава, 11 Августа 1895 г. Друк К. Ковалевського. Warszawa, Mazowiecka 8.

APTEKA

E. GESSNERA

Aleja Jerozlimska 27 róg Kruczej

w WARSZAWIE.

Niniejszem mam zaszczyt podać do wiadomości W. Panów Doktorów, iż stosując się do przyjętej we Francyi nader dogodnej formy stosowania leków pod postacią pigulek powlekanych cukrem (dragées), przygotowałem cały szereg tego rodzaju przetworów, złożonych z bardziej używanych środków lekarskich, których spis poniżej zamieszczam:

Dragées kreosoti Fagi 0,03	" " " 0,05	" " " 0,05	" " " 0,05	1) Dragées ferri albuminati 0,05
" " " 0,05	" " " 0,05	acid. arsenicos 0,001	" " " 0,05	" " " carbo iici-Blandii minor aa 10,00 = 100
" kreosoti Fagi 0,10	" " " 0,10	c. acid. arsenicos 0,001	" " " 0,05	" " " Blandii major aa 15,00 = 100
" " " 0,10	" " " 0,15	c. balsam. tolitana aa 0,05	" " " 0,05	" " " Valletti
" " " 0,05	" " " 0,10	acid. arsenicos 0,001	" " " 0,05	" " " dialisati peptonati 0,05
" " " 0,05	" " " 0,05	aloës 0,10	" " " 0,05	" " " lactici 0,05
" " " 0,05	" " " 0,05	balsam. peruviani 0,05	" " " 0,05	" " " oxydulati Kirchmani (Eis mag. pill.)
" " " 0,05	" " " 0,05	0,05 c. acid. arsen 0,001	" " " 0,05	" " " guajacoli 0,05
" chinini ferro-citrici 0,05	" " " 0,05	" " " 0,05	" " " 0,05	" " " 0,05 c. acid. arsenicos 0,001
" " " 0,05	" " " 0,05	extr. Cascar. sagrad. fluid. 0,5	" " " 0,05	" " " 0,05 c. extr. belladonae 0,0001
" " " 0,05	" " " 0,05	" " " 0,5	" " " 0,05	" " " ichtyoli 0,05
" " " 0,05	" " " 0,05	hydrast. Cenadens. fluid. 0,5	" " " 0,05	" " " jodoformii 0,05
" " " 0,05	" " " 0,05	rhei comp. 0,05	" " " 0,05	" " " 0,05 c. acid. arsenicos 0,001
" " " 0,10	" " " 0,10	rhei simpl. 0,05	" " " 0,05	" " " 0,05 c. morph. muriatic. 0,004
" " " 0,10	" " " 0,10	Valerianae spir. 0,10	" " " 0,05	" " " pepsini 0,05 (c. acid. muriat.)
			" " " 0,05	" " " picis 0,05

1) Dwie pigułki odpowia 1/34 jednej łyżeczce roztworu.

Dragées czyli pigułki cukrem powlekane, pomimo swego pięknego wyglądu posiadają tę wyższość przed innymi formami lekarskimi, że zarobione są zupełnie obojętnymi środkami, jak korzeniem ślazowym i wyciągiem lukrecjowym, że zapobiegają rozkładowi lub też ułatwianiu się danego leku jakim podlegać może pod wpływem tlenu powietrza i długiego przechowywania, że znoszą nieprzyjemny smak lub zapach stosowanych środków leczniczych i że pozwalają z największą ścisłością dozowanie przepisanego leku.

Wszelkie zamówienia na draże z żądaną kompozycją jak najchętniej przyjmuję, lecz w ilości niemniejszej dwóch funtów, ponieważ powlekanie cukrem (drażowanie) mniejszych ilości pigulek jest niemożliwem.