Nr. 43. Tom XVIII. Warszawa, d. 10 (22) Paźdz. 1898 r. Serya II. Rok XXXIII.

GAZETA LEKARSKA.

I. ZMIANY W GÓRNYM ODCINKU DRÓG ODDECHOWYCH

PRZY WADACH ZASTAWKOWYCH SERCA [1]).

Podał

D-r med. Alfred Sokołowski,

ordynator szpitala Św. Ducha w Warszawie.

Chorzy, dotknięci różnorodnemi zaburzeniami cyrkulacyi, których przeważną część stanowią wady zastawek lub zwyrodnienie mięśnia sercowego, przedstawiają w przebiegu wielokrotne rozmaitego rodzaju zaburzenia ze strony górnego odcinka dróg oddechowych, t. j. nosa, gardzieli i krtani.

Bliższa znajomość tych objawów subjektywnych i objektywnych, towarzyszących podstawowemu cierpieniu serca, zasługuje na uwagę z podwójnego punktu widzenia: 1) zmiany w górnym odcinku dróg oddechowych stanowią nieraz pierwszy objaw poczynającej się niedostatecznej kompensacyi, gdy niema jeszcze innych objawów, towarzyszących zwykle rozstrojowi [krwawienia z nosa, porażenie strun głosowych i t. d.]. A każdy lekarz łatwo zrozumie, jak doniosłe, praktyczne znaczenie ma wczesne rozpoznanie wady u osobników, którzy, skądinąd czując się zupełnie dobrze, szukają porady li tylko z powodu miejscowego cierpienia nosa, czy też gardzieli. 2) I dla lekarza specyalisty znajomość tych objawów ma również wielką doniosłość, leczenie bowiem miejscowe bez uwzględnienia podstawowego cierpienia bywa wielokrotnie bezskutecznem, gdy przeciwnie, leczenie podstawowego cierpienia [serca] niekiedy bardzo szybko usuwa dolegliwości w gardzieli, czy też w nosie [skuteczność np. naparstnicy przy krwotokach nosowych, zależnych od wady serca i t. d.].

Aczkolwiek zmiany w górnym odcinku dróg oddechowych, spostrzegane przy zaburzeniach w cyrkulacyi, a zwłaszcza przy wadach serca, nie przedstawiają nic swoistego, gdyż często widzimy na błonie śluzowej nosa, gardzieli i krtani objawy, jakie spostrzegać się dają i u chorych bez zaburzeń w cyrkulacyi przy innych czysto miejscowych cierpieniach [obrzęki, przekrwienia, nie-

[1]) Praca ta miała być wypowiedzianą na Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu.

dokrwistość i t. d.], to jednakże, badając w tym kierunku znaczniejszą ilość chorych, spostrzeżemy, że wielokrotnie u tej katagoryi osobników występują zmiany na błonie śluzowej górnego odcinka dróg oddechowych dość charakterystyczne; zmiany te nieraz są tak typowe, że na podstawie ich mogliśmy już od razu sądzić o istniejącem zaburzeniu w ogólnej cyrkulacyi [wada serca].

Jak to już wyżej zaznaczyłem, dla lekarza-praktyka najbardziej zasługują na uwagę zmiany, spostrzegane w górnym odcinku dróg oddechowych u chorych, dotkniętych wadami serca w okresach jeszcze niemal zupełnie wyrównanej kompensaty. Tę to kategoryę chorych, stanowiących wyłącznie materyał z praktyki mojej prywatnej, poddałem szczegółowemu pod tym względem badaniu.

Liczba ich wyniosła w ciągu r. z. i w początku bieżącego 50. Większość ich, jak to załączona tablica wykazuje, dotyczyła wad serca [wad zastawek aorty i 34 wad zastawki dwudzielnej]. Część tych chorych zasięgała porady z powodu zaburzeń ze strony dróg oddechowych [kaszel, duszność, krwioplucie i t. d.]; inni li tylko z powodu zaburzeń w jamie noso-gardzielowej i krtani; część wreszcie z powodu objawów ze strony serca [bicie, niepokoje i t. p.]. Wszyscy ci chorzy czuli się względnie dobrze w stanie ogólnym, nie przedstawiając wyraźnych objawów naruszonej kompensaty. U wszystkich, nawet u tych, którzy nie skarżyli się na objawy ze strony jamy noso-gardzielowej i krtani, badałem szczegółowo górny odcinek dróg oddechowych. Z ogólnej liczby 50 chorych, 15 nie doświadczało żadnych dolegliwości ze strony górnego odcinka dróg oddechowych, a jednakże tylko u 3 [z liczby 50] badanie objektywne nie wykazało wyraźnych zmian na błonie śluzowej gardzieli, krtani i nosa. U reszty mieliśmy do czynienia z mniej lub więcej wyraźnemi zmianami na błonach śluzowych.

Co się tyczy skarg, to przedewszystkiem większość chorych wyraźnie zaznaczała niezwykłą skłonność do t. zw. zakatarzenia się, co ujawniało się w częstsych nieżytach nosa. Nieżyty te u niektórych ograniczały się tylko do nosa, u innych natomiast szybko przechodziły na jamę noso-gardzielową, wywołując następnie suchy, uporczywy kaszel, nieraz przez całe tygodnie trwający. Wreszcie u innych przy tych nieżytach występowała i chrypka w mniejszem lub większem natężeniu. Na nieżyty w połączeniu z mocnem zatkaniem nosa uskarżali się chorzy rzadziej, natomiast wszyscy zaznaczali zazwyczaj obfitą wydzielinę w tych sprawach.

Ze zmian objektywnych w jamie nosowej, jakie wykrywaliśmy u wyżej wzmiankowanych chorych, zaznaczamy następujące. U większości znajdowaliśmy błonę śluzową umiarkowanie zaczerwioną, częściej jednakże bladą, a wyjątkowo mocno przekrwioną. Przerosty muszel spostrzegać można było stosunkowo rzadko, a tam, gdzie je znajdywaliśmy, przedstawiały się jako zgrubienie błony, miękkie, blade. Przerosty takie rzadko kiedy wywoływały zatkanie nosa, widziałem nawet w niektórych przypadkach obrzęki stosunkowo dość duże u chorych, którzy nie skarżyli się nigdy na zatkanie nosa, ani też nie miewali nieżytów. Takie obrzęki muszli, nie wywołujące objawów zatkania, są

w niektórych przypadkach tak charakterystyczne, iż pozwalały mi nieraz od razu przypuszczać u danego osobnika istnienie zaburzenia cyrkulacyi.

Nie mniej ważnym objawem przy wadach nieraz zupełnie kompensowanych jest częste krwawienie nosowe, występujące przeważnie po mocniejszym wysiłku fizycznym, często i bez tego; krwawieniom tym towarzyszy zazwyczaj uczucie kongestyi do głowy.

Krwawienia w okresach poczynającego się naruszenia kompentaty występują bardzo często bez widocznej przyczyny, stanowiąc podówczas jedyną skargę chorego. Krwawienia takie najczęściej bywają obustronne, lub też występują naprzemian to z jednej, to z drugiej jamy nosowej.

Stosunkowo rzadko widywałem krwawienia z jednej strony jamy nosowej; w tych przypadkach z łatwością możnaby sądzić [bez zbadania chorego] o czysto miejscowej przyczynie krwawienia.

Co się tyczy zmian w nosie, to najczęściej w okresie krwawienia znajdujemy mocne przekrwienie całej błony śluzowej, przeważnie zaś błony śluzowej przegrody; niekiedy przegroda w tych razach przyjmuje prawie purpurowe zabarwienie.

W okresach wolnych od krwawień błona śluzowa nosa zazwyczaj przedstawia się bladą, z widocznemi, mniej lub więcej rozszerzonemi naczyniami. W niektórych tylko wyjątkowych przypadkach spostrzegałem rozszerzenie naczyń w przedniej części przegrody [t. zw. *locus* Kiesselbach'i].

Krwawienia nosowe występują prawie u wszystkich chorych z wadami serca w okresach mniej lub więcej dobrej kompensaty. Stanowią też one nieraz tak ważny moment rozpoznawczy, a z nim ściśle związane leczenie, że każdy lekarz jest bezwarunkowo obowiązany przy krwawieniach nosowych do zbadania całego układu krążenia.

Stosukowo bardzo rzadko, bo tylko u 2 chorych z ogólnej liczby, widziałem wyraźny, suchy nieżyt z tworzeniem się strupów (*ozaena simplex*). Rzadkość tej postaci tłómaczę sobie okolicznością, o której wyżej wzmiankowałem, że nieżyty nosa zazwyczaj bywają u tych chorych ze znaczną wydzieliną [jak wogóle nieżyty górnego odcinka dróg oddechowych].

Najczęstszą skargą ze strony gardzieli u naszych chorych stanowiło uczucie zaflegmienia w gardzieli, pełności; rzadziej chorzy skarżyli się na uczucie suchości lub też obcego ciała.

Badanie gardzieli u większości chorych pozornie nie wykazywało zmian na błonie śluzowej; przypatrując się jednakże bliżej całemu szeregowi chorych, uderzał nas niemal stale pewien typ mniej lub więcej wyraźnych zmian, które, stale powtarzając się, pozwalały nam w niektórych przypadkach *a priori* przypuszczać istniejące zaburzenie w cyrkulacyi. Najczęściej widywaliśmy obraz następujący: błona śluzowa na podniebieniu miękkiem przedstawiała się bladą, nieraz bardzo wybitnie, w porównaniu z dobrym ogólnym wyglądem chorych. Na bladej błonie śluzowej spostrzegliśmy rozszerzone w postaci siatki naczynia. Języczek natomiast przedstawiał się zaczerwienionym i w większości przypadków z końcem wyraźnie obrzękniętym; zabarwienie takie nieraz

przyjmowało odcień mocno czerwony, stanowiąc kontrast z bladem podniebieniem. Łuki przednie i tylne w większości przypadków przedstawiały mniej lub więcej odcień czerwonawy. I na języczku i na łukach naczynia bywały zawsze rozszerzone, w niektórych zaś przypadkaeh naczynia dosięgały znacznego rozszerzenia, a będąc mocno przepełnione krwią, niekiedy przez pęknięcie naczynia mogą dawać bodziec do mocnych krwawień gardzielowych, opisywanych przy wadach serca.

Tylko co opisany obrzęk języczka, ulegając od czasu do czasu obostrzeniu, wywołuje uczucie zawady w gardzieli, na które chorzy skarżą się niekiedy w ciągu kilku dni.

Powyższe zmiany spostrzegaliśmy najczęściej i stanowią one, jak tylko co wspomniałem, okres wielce charakterystyczny.

U niektórych chorych widywaliśmy przekrwienie na całem podniebieniu miękkiem.

Tylna ściana gardzieli w większości przypadków przedstawiała się umiarkowanie zaczerwienioną o lekko suchym wyglądzie, jak to spostrzegać można u dotkniętych blednicą.

Tak często spostrzegane w naszym klimacie suche niezyty gardzieli i jamy noso gardzielowej widywaliśmy bardzo rzadko. Natomiast w większości przypadków widywaliśmy nieżyty ze znaczną wydzieliną, która, spływając z jamy noso-gardzielowej, wywoływała bezustanną potrzebę odchrząkiwania i odpluwania. W jednym przypadku, który spostrzegałem w ostatnich czasach, dobrze zbudowany 40-letni mężczyzna, który czuł się zupełnie zdrowym, zasięgał mojej porady tylko z powodu ciągłej potrzeby odchrząkiwania. Przy badaniu znalazłem znaczne, miękkie przerosty muszel, a pomimo to oddech nosowy był zupełnie swobodnym. Obraz przerośniętych muszel obok typowego wyglądu wyżej określonego gardzieli pozwolił mi *a priori* przypuszczać istnienie dobrze skompensowanej wady serca. I rzeczywiście systoliczny, mocny szmer tarcia u wierzchołka, rozszerzenie tępości serca i t. p. objawy dały obraz dobrze skompensowanej wady zastawki dwudzielnej. Wówczas też, gdym zaczął chorego szczegółowo rozpytywać się, pacyent przypomniał sobie, że i dawniej często doświadczał napadów lekkiej duszności po dłuższem chodzeniu.

Z innych zmian, spostrzeganych w gardzieli, widywałem dużo ziarniny, przerost fałd bocnych, które to jednakże zmiany nie przedstawiały nic osobliwego.

Wreszcie z objawów, występujących dość często u naszych chorych, wspomnieć muszę o suchym kaszlu, trapiącym chorych niekiedy po kilka tygodni, a nieraz i kilka miesięcy. U niektórych z nich istniała jednocześnie nadczułość błon śluzowych gardzieli, pod pewnemi względami wyjaśniającą kaszel, jako sprawę czysto odruchową. W większości jednakże przypadków nadczułości nie było, a tylna ściana przedstawiała się bladą o nieco suchym wyglądzie. Chociaż niektórzy chorzy przedstawiali, jak to ma miejsce w blednicy, pewne mniej lub więcej wyraźne objawy neurasteniczne, to jednak sądzę, że ów stan był tylko momentem dodatkowym; podstawą zaś i w tych razach była zła cyrkulacya w gardzieli, niedokrwistość błony śluzowej, upośledzenie czynności

gruczołów tej błony, a ztąd pochodziły: uczucie suchości i potrzeba ciągłego odchrząkiwania, *resp.* kaszlu.

Co się dotyczy krtani, to zmiany podmiotowe przy mniej lub więcej dobrze kompensowanych wadach występują stosunkowo wiele rzadziej, aniżeli objawy ze strony gardzieli i nosa. Przemijające chrypki notowaliśmy w kilku przypadkach. Niektórzy chorzy doświadczali w okolicy krtani uczucia zaciskania.

Przy badaniu wziernikiem krtaniowym zboczenia od normalnego wyglądu błony śluzowej krtani znajdywałem prawie we wszystkich badanych przypadkach, nawet u tych chorych, którzy ani w danej chwili, ani kiedykolwiek przedtem, żadnych zaburzeń ze strony głosu nie doświadczali. Podobnie jak w gardzieli, najczęściej spostrzegałem mocne zaczerwienienie nagłośni i tylnej ściany; zaczerwienienie to było mniej lub więcej wydatne, a w niektórych przypadkach błona śluzowa przyjmowała prawie purpurowy odcień.

W innych natomiast błona śluzowa tych części przedstawiała się bladą z siatką mocno rozszerzonych na niej naczyń.

Błona śluzowa strun głosowych prawdziwych przedstawiała się zwykle bladą; w niektórych przypadkach można było spostrzegać lekkie ich zaczerwienienie o wyglądzie suchym, tak, jak to bywa u osób niedokrwistych. Więzy fałszywe przedstawiały się prawie zawsze nieco zgrubiałe, ich błona śluzowa zaczerwienioną, niekiedy z wyraźnie rozszerzonemi naczyniami.

Błona śluzowa tylnej ściany krtani, jak to już wyżej wzmiankowałem, przedstawiała się zaczerwienioną, w niektórych przypadkach nieco zgrubiałą, przypominając z wyglądu obraz, jaki widujemy przy *pachydermia laryngis*. Mimo to głos w tych razach prawie nie był zmieniony.

U niektórych chorych z dobrze kompensowanemi wadami serca widywałem od czasu do czasu występujące chrypki, które trwały niekiedy po kilka dni; w tych razach przyczyną chrypek bywały wynaczynienia w błonie śluzowej krtani, nieraz nawet dość liczne, zwłaszcza w strunach głosowych (*laryrgitis haemorrhagica*). Chrypka w tych razach ustępowała powoli; wylewy wchłaniały się stopniowo.

U jednej obserwowanej przed kilku laty pacyentki, dotkniętej dobrze kompensowaną wadą zastawek aorty, uparta chrypka występowała kilkakrotnie w ciągu roku, trwała po kilka dni, wylewy ograniczały się tylko do strun prawdziwych, najczęściej do ich tylnych końców.

O ile przy innych zaburzeniach cyrkulacyi centralnej [przeważnie przy tętniakach aorty] zdarzają się stosunkowo często porażenia w różnym stopniu strun głosowych, o tyle przy zaburzeniach zastawek porażenia takie występują bardzo rzadko. I zaledwie w jednym przypadku (*insuff. v. mitralis*) z grupy wyżej wymienionej spostrzegałem nieznaczne porażenie zwieraczy [spostrz. Nr. 26]. Fakt powyższy zasługuje pod tym względem na uwagę, że, jak to wyżej wzmiankowałem, prawie we wszystkich przypadkach istniała niedokrwistość błon śluzowych strun, podobnie jak przy *chlorosis*, przy której, jak wiadomo, porażenie zwieraczy spostrzegamy bardzo często. Widocznie więc, że nie sama niedokrwistość, lecz inne jeszcze czynniki [usposobienie neuropaty-

czne] są dopiero w stanie wywołać taką częstość porażeń, spostrzeganych u chlorotyczek.

W kilku przypadkach chrypki, połączonej z suchym kaszlem, spostrzegałem lekkie nadżarcia błony w tylnych końcach strun; w kilku innych w tych miejscach spostrzegałem tylko mocne zaczerwienienie. Być więc może, że ów suchy, uporczywy kaszel mógł mieć swe źródło w tych zmianach [nadżarcia], choć z drugiej strony można to sobie tłómaczyć i odwrotnie: kaszel przy istniejącym zastoju w górnym odcinku może wywoływać miejscowe, mocne przekrwienie, a nawet nadżarcia w tych miejscach, w których struny głosowe najbardziej podlegają drażnieniu.

I w tchawicy, którą w większości przypadków można było zbadać, znajdywałem wyraźne zmiany na jej błonie śluzowej, zupełnie analogiczne do tych, które opisywaliśmy w krtani, a więc mocne zaczerwienienie błony, w innych przypadkach bladość z rozszerzonemi naczyniami. W jednym przypadku, dotyczącym dobrze kompensowanej wady aorty, znajdywałem niezwykle mocne zaczerwienienie błony śluzowej tchawicy, podczas gdy błona śluzowa gardzieli i krtani zmian wyraźniejszych nie przedstawiała. Chory skarżył się na suchy, męczący kaszel.

Być więc może, że i w tym przypadku, jak i w innych analogicznych, kaszel miał swe źródło w mocnem przekrwieniu błony śluzowej tchawicy.

Tak przedstawiały się w ogólnym zarysie w moich przypadkach zmiany na błonie śluzowej górnego odcinka dróg oddechowych.

Zmiany te same przez się nie przedstawiały dla wad serca nic charakterystycznego, wzięte jednakże razem, w ogólnym obrazie, mogły dać, przynajmniej dla mnie, pewien zbiór cech właściwych dla wad serca w okresie kompensaty, a dość przytem charakterystycznych.

Co się tyczy zmian, właściwych poszczególnym wadom serca (*v. mitralis*, *vv. aortae*), to różnicy wybitniejszej nie wykrywałem, jak to niektórzy autorowie opisują. I nic dziwnego, sprawy te bowiem z punktu widzenia ogólnej patologii zawsze wywołują jedno zaburzenie, t. j. zastój.

O ile powyżej opisane zaburzenia w górnym odcinku dróg oddechowych, występujące przy nienaruszonej kompensacie, lub też w okresach poczynającego się rozstroju kompensaty wad serca, przedstawiają pewne, dość charakterystyczne zmiany, o tyle w okresach naruszonego rozstroju, w okresach obrzęków i t. zw. charłactwa sercowego, zmiany w górnym odcinku dróg oddechowych są mniej wybitne. Zmiany, spostrzegane w tych razach, przypominają pod pewnym względem wygląd wszystkich błon śluzowych o wyraźnym typie niedokrwistości.

Wogóle charakterystycznym rysem w tych okresach stanowi ta okoliczność, że chorzy nie skarżą się absolutnie na żadne dolegliwości ze strony górnego odcinka dróg oddechowych. Na 20 przypadków daleko posuniętych wad serca [patrz tablica Nr. 2], badanych w ostatnich czasach przemnie, chorzy mimo znacznych obrzęków nie doświadczali żadnych zaburzeń przy ły-

kaniu, nie skarżyli się na zatkanie nosa, a w jednym tylko przypadku chora skarżyła się na utrudnione połykanie.

Ze zmian objektywnych wykazywaliśmy na błonie śluzowej podniebienia miękkiego i gardzieli bladość, która niekiedy dochodziła do niezwykłego stopnia [pergaminowa]. U większości jednakże chorych na bladem tle błony śluzowej zarysowywały się wyraźnie rozszerzone i wypełnione krwią naczynia, szczególniej na podniebieniu i języczku, stanowiąc tem samem rys charakterystyczny, pozwalający odróżnić bladość błony śluzowej przy wadach sercowych od bladości przy daleko posuniętych stanach niedokrwistości. W niektórych przypadkach widywaliśmy języczek obrzęknięty, nieraz dość znacznie, pomimo że chorzy nie skarżyli się na żadne zaburzenia z tego względu. Obrzęk taki bywał stałym, lub też przemijającym. Podobne objawy, t. j. bladość, rozszerzenie naczyń, spostrzegaliśmy i na błonie śluzowej łuków, mniej wyraźnie na tylnej ścianie gardzieli.

Co się dotyczy krtani, to w okresach rozstroju kompensaty wad serca w okresach obrzęków, zazwyczaj bywa brak jakichkolwiek podmiotowych objawów ze strony chorych.

W niektórych przypadkach notowaliśmy skargi chorych na lekki ból przy łykaniu, co było zależnem od obrzęku tylnej ściany krtani lub fałd nalewko-nagłośniowych. Widywaliśmy jednakże u niektórych chorych takież obrzęki bez żadnych objawów subjektywnych. W okresach tych występuje również znaczne osłabienie i wyczerpywanie się głosu, warunkowane znacznem upośledzeniem odżywiania błony śluzowej strun głosowych. Od tej okoliczności zależnemi bywają i przemijające porażenia zwieraczy głośni, charakteryzujące się nieznaczną chrypką, co spostrzegaliśmy u niektórych chorych.

Z innych zmian objektywnych widywaliśmy w niektórych przypadkach zaczerwienienie tylnej ściany i lekkie jej zgrubienie. W większości zaś przypadków błona śluzowa krtani, a szczególniej nagłośni i strun prawdziwych, przedstawiała się mocno bladą. Struny fałszywe, jako też i tylna ściana krtani również były blade. W niektórych jednakże przypadkach [nielicznych] błona śluzowa tych okolic, a zwłaszcza strun fałszywych, przedstawiała się zaczerwienioną, niekiedy obrzękniętą, pomimo że chorzy nie skarżyli się na zmianę głosu. Ze strony nosa, w tych okresach chorzy zazwyczaj nie miewali krwotoków nosowych, tak częstych w okresach nienaruszonego rozstroju wad serca.

Toż samo da się powiedzieć i o zatkaniach nosa. Badanie objektywne wykazywało wogóle bladość błony śluzowej. W niektórych tylko przypadkach widywaliśmy znaczne zaczerwienienie błony w przedniej części przegrody. Również w kilku przypadkach istniały nieznaczne przerosty muszel dolnych.

Co się dotyczy błony śluzowej tchawicy, to z liczby 20 chorych tylko u 6 można było dokładnie ją widzieć. U 4 z nich błona śluzowa przedstawiała się mocno czerwoną, u 2 zaś była bladą z widocznemi na niej rozszerzonemi naczyniami.

Podobnie jak w okresach kompensowanych wad serca, tak i w okresach naruszonego rozstroju tych wad w wyglądzie błony śluzowej górnego odcinka dróg oddechowych odrębnych właściwości przy poszczególnych [wady zastawek aorty, zastawki dwudzielnej] wadach nie spostrzegałem.

Tym sposobem doszliśmy do wniosku, że o ile w okresach nienaruszonej kompensaty wad serca objawy i zmiany ze strony błony śluzowej górnego odcinka dróg oddechowych występują dość często i mogą być niekiedy cennemi wskazówkami rozpoznawczemi dla lekarza-praktyka, o tyle przy wadach w okresach naruszonego rozstroju objawy subjektywne są rzadkie, a zmiany mało charakterystyczne, przedstawiając więcej interes teoretyczny. Rozpoznawanie bowiem wad w tych okresach ni e przedsrawia dla lekarza-praktyka poważniejszych trudności.

Warszawa, luty, 1898 r. [D. n.].

Z ODDZIAŁU DLA CHORYCH WEWNĘTRZNYCH D-RA GROSTERNA I Z PRACOWNI D-RA STEINHAUSA W SZPITALU STAROZAKONNYCH W WARSZAWIE.

II. Z KAZUISTYKI NOWOTWORÓW PRZYSADKI MÓZGOWEJ.

(Sarcoma angiomatodes hypophyseos cerebri).

[Odczyt, wygłoszony w Warsz. Tow. Lek. na posiedzeniu dn. 4. X. 1898].

Przez

Stanisława Pechkranca,

asystenta oddziału.

Sprawy chorobowe przysadki mózgowej od niedawnego dopiero czasu poczęły specyalne w świecie lekarskim budzić zainteresowanie. Spodziewano się mianowicie na tej drodze otrzymać pewne wyjaśnienie tak ciemnej jeszcze dotąd kwestyi znaczenia fizyologicznego tego zagadkowego narządu. Inna droga, mianowicie droga badań doświadczalnych, jest tu, dla łatwo zrozumiałych przyczyn, niemożliwa. Jeśli niektórzy widzą w przysadce pozostałość szczątkową, a więc narząd bez znaczenia, to inni skłonni są przypisywać jej wielką rolę w sprawie przemiany materyi.

Pogląd swój ci ostatni autorowie opierają głównie na tym fakcie, że w wielu przypadkach akromegalii znaleziono powiększenie tego narządu. Dodajmy jeszcze, że nowsze poszukiwania [Stieda, Schoenemann, Rogowitsch i inni] zdają się wykazywać istnienie pewnego związku w czynnościach przysadki i gruczołu tarczowego, tak, że omawiana kwestya i z tego względu zasługuje na uwagę.

Nowotwory przysadki ciekawe są dalej ze względu na pewne cechy kliniczne i anatomiczne, wyróżniające je poniekąd od nowotworów innych części mózgu.

W roku 1889 zebrał Rath [1]) 38 przypadków z literatury, co wraz z jego 2 własnemi spostrzeżeniami stanowi liczbę 40. Ta wielokrotnie przez autorów cytowana praca Rath'a ma na względzie prawie jedynie część kliniczną cierpienia [symptomatologię]. Od owego czasu liczba ogłoszonych przypadków naturalnie dość znacznie wzrosła. Każdy niemal rok przynosi ze sobą pewną garstkę oddzielnych spostrzeżeń tego rodzaju, które, przypuszczać należy, i w przyszłości nie tak prędko ukazywać się przestaną. Nie mam bynajmniej zamiaru w pracy niniejszej szczegółowo uwzględniać literaturę zagraniczną.

Zestawienie z piśmiennictwa obcego niektórych danych klinicznych, oraz anatomicznych w zajmującej nas tu kwestyi, o ile to potrzebnem będzie dla uwydatnienia niektórych właściwości naszego przypadku i zaznaczenia stosunku tegoż do innych ogłoszonych przypadków, zrobionem będzie w końcu tej pracy. Tutaj chciałbym tylko jeszcze podkreślić ten fakt, że nasze piśmiennictwo lekarskie przedstawia się pod tym względem bardzo ubogo.

Wszystkie niemal spostrzeżenia, jakie tu znaleźć zdołaliśmy, sprowadzają się do 3-ch: 2 z nich należą do prof. Brodowskiego [1866 i 1878 r.] i jedno do Talki [1873]. O pierwszych 2 spostrzeżeniach znajdujemy krótkie tylko i niedokładne sprawozdania w protokółach posiedzeń Pamiętnika Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego; notatka zaś Talki, również krótka i pobieżna, ogłoszoną została w Medycynie. Część kliniczna obserwacyi we wszystkich 3 przypadkach jest albo zupełnie prawie pominięta milczeniem, albo traktowana bardzo pobieżnie; część anatomiczna przedstawiona ogólnikowo. Być może, że przeoczony został przezemnie jaki przypadek kazuistyczny, lecz to nie zmienia postaci rzeczy.

Przechodząc do opisu naszego przypadku, chcielibyśmy jeszcze zaznaczyć, że byliśmy w stanie śledzić niejako stopniowy rozwój choroby prawie od jej początku, aż do zejścia śmiertelnego. Dane co do stanu przedmiotowego naszego chorego z wcześniejszych okresów jego choroby zawdzięczamy poliklinice D-ra Goldflama. Łaskawie udzielone nam ztamtąd notatki pozwoliły odbudować prawie w całości obraz kliniczny i przebieg choroby, obejmujący okres czasu przeszło dwuletni [$2^1/_4$ roku].

Dan. J., lat 17 liczący, zegarmistrz, przybył do szpitala 14 marca 1898. Z opowiadania matki, a następnie ojca, dowiedzieliśmy się, że syn ich choruje już przeszło 2 lata. Już w zimie 1896 roku , około stycznia, zaczął doznawać bólów głowy. Początkowo niesilne i nieczęste, bóle te po kilku tygodniach zaczęły zjawiać się coraz częściej, wzmagając się z postępem czasu także w natężeniu. Napady bólu początkowo trwały około 1 minuty, później po kilkanaście minut do 1 godziny i dłużej. Niekiedy jednego dnia bywało po kilka napadów. W nocy napady zjawiały się rzadziej, a w każdym razie nie były silniejsze, niż w dzień. Co do umiejscowienia bólu głowy, to ojciec chorego zaznacza, że był rozlany [„bolała cała

[1]) Archiv. f. Ophthalmologie. XXXIV. H. 4.

głowa"], choć częściej i więcej miał syn jego uskarżać się na ból w prawej stronie głowy: w prawej okolicy skroniowej i czołowej. Te właśnie okolice chory często podczas napadu mocno tarł ręką, zanosząc się przytem od płaczu. W końcu napadu dość często bywały wymioty, choć nie zawsze po wymiotach ból głowy ustawał. Usposobienie chorego z początku spokojne, równe, wkrótce zmieniło się: chory stał się rozdrażnionym, albo smutnym i apatycznym. Po ustaniu każdego silniejszego i bardziej długotrwałego bólu chory albo był przygnębionym, jakby oszołomionym, nie odpowiadał lub niechętnie odpowiadał na pytania, albo też zapadał w głęboki i długo trwający sen. Z powodu coraz częstszych i silniejszych bólów głowy, chory, który już o wiele wcześniej porzucił był swe rzemiosło, w kilka miesięcy od początku choroby, t. j. od pierwszych napadów bólu głowy, zaczął się leczyć w poliklinice D-ra Goldflama. Już wtedy [w połowie lipca 1896 r.] chory lewem okiem zupełnie nic nie widział, a źrenica tego oka nie oddziaływała ani na światło, ani na akomodacyę, podczas gdy prawe oko pod tym względem zachowywało się normalnie. Oddziaływanie na światło prawej źrenicy przy drażnieniu światłem lewej zachowane, oddziaływanie zaś lewej źrenicy przy drażnieniu światłem prawej — zniesione. Prawem okiem chory widzi tylko przedmioty, znajdujące się po stronie nosowej pola widzenia, przedmiotów zaś po stronie skroniowej nie widzi. Obustronne zapalenie nerwu wzrokowego [tarcze blade, tętnice wązkie] Ruchy gałek ocznych normalne. Słuch, powonienie oraz smak z obu stron bez zmiany. Ani w sferze czucia, ani w sferze ruchu żadnych zboczeń nie znaleziono. Odruchy prawidłowe.

Dalszy przebieg choroby odznaczał się tem, że bóle głowy stały się prawie ustawicznymi, wymioty pojawiały się coraz częściej, a wraz z nimi apatya i senność. W listopadzie 1897 roku chory zaniewidział i na drugie oko. Badany w poliklinice w końcu grudnia tegoż roku chory robił wrażenie osobnika zupełnie apatycznego i dotknięty był już zupełną ślepotą. Źrenice nie oddziaływały ani na światło, ani na akomodacyę. O stanie zewnętrznych mięśni ocznych wzmianki nie znajdujemy, jak również o stanie tarczy nerwu wzrokowego.

Drgawek w tym czasie jeszcze nie było. Wystąpiły one dopiero w lutym 1898 r. i początkowo ukazywały się rzadko, nie częściej, niż raz na tydzień, przy zupełnej utracie przytomności. Stan ten zmusił rodziców chorego do szukania dlań pomocy w szpitalu.

Dnia 14 marca r. b. przywieziono chorego na oddział w stanie nieprzytomnym po przebytym napadzie drgawkowym. Nazajutrz, 15 marca, podczas wizyty chory był zupełnie przytomny. Od obecnej w czasie wizyty matki dowiedzieliśmy się prócz powyższego, że w rodzinie chorego nie było ani gruźlicy, ani syfilisu, Matka chorego rodziła dzieci zdrowe, bez wysypek, ani razu nie roniła. Prócz jednej siostry „nerwowej" [histeryczki] reszta rodzeństwa jest zdrowa. Drgawek żadne z dzieci nie miało. Sam chory, prócz odry w dzieciństwie, żadnych innych chorób zakaźnych nie przechodził. Ani urazu, ani ropienia z ucha nie było.

Status praesens. Chory średniego wzrostu, odżywiany dobrze, na swój wiek bardzo dobrze rozwinięty. Skóra twarzy, tułowia i kończyn uderza swą bladością Podskórna tkanka tłuszczowa bardzo silnie rozwinięta. Twarz, a zwłaszcza dłonie i stopy z dolnemi częściami goleni robią wrażenie znacznego obrzęku, lecz ucisk nie wywołuje wcale zagłębienia. Twarz posiada wyraz maskowy. Gruczoły chłonne nie powiększone. Budowa ciała chorego niezmiernie zbliża się do kobiecej. Skóra biała, delikatna, prócz włosów na głowie dość obfitych, nie przedstawia żadnego owłosienia ani na *mons Veneris*, ani pod pachami. Sutki rozwinięte dość silnie, z wyczuwalnymi w głębi guziczkami, przy wyciskaniu wszakże nie wydziela się z nich żaden płyn. Typ oddechania żebrowo-brzuszny z przeważnym udziałem klatki piersiowej w ruchach oddechowych. Miednica szeroka. Narządy płciowe bardzo słabo rozwinięte: *penis*, jak u 5-letniego chłopca, jądra bardzo małe. Twarz blada, bez śladu zarostu, powieki opuszczone, oczy [po biernem uniesieniu powiek] bez wyrazu, górna warga długa, dolna zgrubiała, obwisła, podbródek zaokrąglony. Palce rąk białych, delikatnych są długie. Powiększenia objętości kości kończyn nie widać. Głos cienki, dziecinny.

Stan bezgorączkowy. Tętno 96, niewielkie, miękkie, miarowe. W płucach nic nieprawidłowego. Wymiary tępości serca prawidłowe. Tony serca głuche; pierwszy ton u dolnego końca mostka połączony z podmuchem. Język obłożony białawym nalotem. Brzuch nie powiększony, miękki, niebolesny. Mocz w ilości umiarkowanej, przezroczysty, bez osadu, barwy jasno-żółtej, oddziaływa słabo-kwaśno, zawiera dużo białka [3½‰ - podług Essbach'a]. W osadzie [po dobowem staniu] z pierwiastków morfologicznych znaleziono: ciałka białe, komórki nabłonkowe z kanalików nerkowych, niewiele wałeczków nabłonkowych i szklistych. Od jak dawna trwa sprawa chorobowa w nerkach, dojść nie można.

Chory dotknięty jest zupełną ślepotą. Spojrzenie nieruchome. Gałki oczne wyraźnie, choć nie rażąco, wypuklone (*exophthalmus*). Źrenice nie rozszerzone, jednakowej wielkości, nie oddziaływają wcale na światło. Ustawiczne, rytmiczne i powolne ruchy głowy — na prawo i na lewo, często ruchy prawej kończyny górnej: podnoszenie jej i opuszczanie, zginanie w stawie łokciowym i wyprostowywanie. W kończynie dolnej prawej od czasu do czasu kurcze mięśni. Niema żadnych porażeń. Napięcie mięśni w kończynach prawej strony ciała większe, niż z lewej. Odruch kolanowy bardzo wyraźny z obu stron, z prawej żywszy. Odruch Achilesa, jakoteż objaw stopowy wywołać można na obu kończynach. Przy zbliżeniu uda do tułowia pod kątem ostrym wywołuje się znaczne stężenie mięśni uda [objaw Kernig'a]. Odruchy brzuszny, *cremasteris* zachowane. Czucie skórne wszędzie zachowane.

Badanie oftalmoskopowe, dokonane w kilka dni po przybyciu chorego na oddział, wykazało zanik brodawki nerwu wzrokowego z obu stron. W sferze innych zmysłów zmian niema.

Dnia 18. III. Stan nawpół przytomny. Drgawek nie było. Wymioty po jedzeniu, szczękościsk.

Dnia 19. III. Szczękościsk wzmógł się do tego stopnia, że niepodobna było ust otworzyć. Tegoż dnia szczękościsk znikł. Rano był napad drgawek, który trwał, według słów sąsiadów, z 5 min.; w czasie napadu piana krwawa na ustach. Napad podobno poprzedzony był głośnym krzykiem. Drgawki obejmowały kończyny górne, mięśnie szyjowe i karkowe [rzucał głową]. Podczas wizyty stan zupełnie nieprzytomny. Tętno 84, miękkie, miarowe. Chory głęboko oddecha, niekiedy głęboko wzdycha. Tegoż dnia było jeszcze kilka napadów drgawek. Napady, które były w naszej obecności, nie były poprzedzone krzykiem, trwały około 1 min., drgawki obejmowały tylko głowę i kończyny górne, była piana brunatna na ustach. Już od kilku dni stolców nie było, mocz oddaje pod siebie. Drgawki powtórzyły się kilka razy następnego dnia. Stolce były po lawatywie.

Dnia 21. III. Przytomność wyjaśniła się nieco. Ruchy kończynami, zwłaszcza górną prawą, jak przedtem. Przez kilka dni następnych drgawek nie było, przytomność wróciła, chory odpowiada na pytania, prosi o jedzenie, lecz oddaje mocz pod siebie. Tętno 92—100, miękkie, miarowe. Odruchy ścięgniste wzmożone. Chory wykonywa wszelkie wskazane ruchy. Ruchy automatyczne głową i prawą kończyną górną prawie w tym samym stopniu. Czucie skórne [na dotyk, ból] zupełnie zachowane.

Dnia 27. III. Wypuszczono cewnikiem około 120 ctm. sześc. moczu zupełnie przezroczystego, zawierającego około 2‰ białka; cukru nie było. Do wypuszczenia moczu trzeba było użyć cewnika cienkiego, dziecinnego. Stan zupełnie nieprzytomny, *sopor*, przykurczenie kończyn, przeważnie prawych. Tętno około 100, trudno liczebne. Wymioty bardzo obfite, bez wysiłku. W ciągu kilku dni następnych przytomność umysłu już to wracała, już to znikała. Mocz przez cały czas oddawał chory pod siebie. Tętno wahało się między 88—100.

Dnia 5. IV. Kilka napadów drgawkowych. W ciągu następnych dni kilku nieprzytomność i przykurczenie kończyn górnych.

Dnia 8. IV. Przytomność umysłu wróciła. Chory na pytania odpowiada, lecz po pewnej pauzie, jakby po namyśle. Mowa powolna. Prosi o jedzenie. Poznaje ojca [po głosie], prosi, żeby matka przyszła. Około tego czasu zaczęły wytwarzać się odleżyny, które dnia 14. IV. widać było w okolicy krętarzy, stawu łokciowego, zewnętrznej powierzchni lewego kolana i na pośladkach. Mocz i kał oddaje pod siebie. Przez kilka dni następnych był przytomny, poznawał ojca i matkę, mówił, że bardzo jest głodny, utrzymywał, że głowa go nie boli. Ruchy automatyczne około tego czasu ustąpiły. Tętno 104—108, miękkie, miarowe.

Dnia 20. IV. Mocz mętny, z obfitym osadem, oddziaływa zasadowo. Przy badaniu drobnowidzowem osad składa się przeważnie z ciałek ropnych, miejscami z nabłonka pęcherza moczowego i gdzieniegdzie czerwonych krążków krwi (*cystitis purulenta*). Od tego czasu aż do zejścia śmiertelnego, które nastąpiło 28. IV., zupełna utrata przytomności, *sopor*, oddawanie kału i moczu pod siebie. Drgawek w tym czasie już nie zauważono ani razu. Tętno 100—

108, nikłe. Przy powtórnem badaniu osadu moczowego: ciałka ropne, komórki z powierzchownej i środkowej warstwy nabłonka pęcherza moczowego; wałeczków, oraz nabłonka z kanalików nerkowych nie znaleziono.

Przez cały czas choroby ciepłota ani razu nie podniosła się nad normę. Chory przyjmował pokarmy w ilości dostatecznej; w okresach nawet utraty przytomności żywił się nieźle—mlekiem, rosołem, jajami, winem i t. d.. Wymioty występowały nieczęsto. Wypróżnienia po większej części opieszałe; często też wywoływano je za pomocą lawatyw. Stan ogólnego odżywiania w ciągu przeszło 6-tygodniowego pobytu chorego w szpitalu, prawie wcale się nie zmienił: nawet w ostatnim dniu życia chorego ani śladu wychudnięcia nie można było zauważyć. W przebiegu choroby uderzały częste wahania w stanie świadomości: względnie nieźle zachowana świadomość [wprawdzie z ograniczeniem sfery intelektualnej], trwająca po dni kilka, występowała naprzemian z kilkodniowymi okresami zupełnej utraty przytomności—przy towarzyszeniu drgawek lub bez nich. Drgawki najczęściej ograniczały się do mięśni twarzy, szyi i górnych kończyn. Z tych ostatnich największy udział w drgawkach przyjmowała kończyna prawa. Często również zwracały na siebie uwagę ruchy automatyczne głowy i kończyn górnych, przeważnie znów z prawej strony. Nierzadko spostrzegać można było przykurczenia w kończynach prawych górnej i dolnej, w mniejszym stopniu ze strony lewej. Innych zaburzeń ruchu w kończynach—w postaci porażenia—nie było. W zakresie czucia skórnego przez cały czas pobytu chorego w szpitalu zmian nie wykryto. Co się tyczy zmysłów, to utrata wzroku była zupełna: stwierdzono zanik nerwu wzrokowego z obu stron, objawy porażenia nerwu okoruchowego z zajęciem włókien tak wewnątrz-gałkowych, jak i zewnątrz-ocznych (*ophthalmoplegia completa*). W zakresie innych zmysłów zmian nie wykryto.

Rozpoznanie, przy uwzględnieniu wywiadów i przebiegu choroby, nie nastręczało szczególnych trudności. Wprawdzie, w pierwszej chwili po przybyciu chorego na oddział, dane anamnestyczne [bóle głowy, wymioty, drgawki, nieprzytomność...], zarówno jak dane badania przedmiotowego [obrzęki twarzy i kończyn, białkomocz, elementy morfotyczne nerek] nasuwały myśl o mocznicy w następstwie zapalenia nerek. Przy powierzchownem badaniu możnaby było zadowolnić się tem rozpoznaniem, tłómacząc sobie utratę wzroku amaurozą mocznicowego pochodzenia i przeoczając tym sposobem sprawę chorobową w mózgu. Lecz dokładniejsze wywiady od razu naprowadzały na właściwą drogę. Zaznaczyć wreszcie należy, że, wobec niewątpliwej sprawy zapalnej w nerkach, trudno rozstrzygnąć, czy nie można pewnej części objawów klinicznych [*coma*, drgawki, bóle głowy, wymioty...] położyć na karb mocznicy. [Kilka uwag w kwestyi trudności, jaką niekiedy nastręcza rozpoznanie różniczkowe między guzem mózgowia a mocznicą, odkładamy na później].

Powolny początek choroby, stopniowy i powolny rozwój objawów, długotrwały przebieg, obejmujący okres przeszło dwu-letni — pozwoliły wyłączyć wszelkie sprawy ostre. Przeciw ropniowi przemawiały brak momentów przyczynowych, jak: cierpienia sąsiednich narządów [uszu, nosa], uraz,

ostre choroby zakaźne, jakoteż bezgorączkowy przebieg choroby [1]). Sprawę gruźliczą, oraz syfilityczną pozwalały wyłączyć brak momentów dziedzicznych, jak również brak zmian w ustroju chorego, właściwych dla tych zakażeń. Pozostało tedy przyjąć sprawę nowotworową.

Co do umiejscowienia nowotworu, to i pod tym względem nie było żadnych wątpliwości. Obustronne zajęcie nerwów wzrokowych, stwierdzone już w początkowym okresie choroby [w kilka miesięcy po wystąpieniu bólów głowy], zupełna ślepota jednego oka obok połowicznej ślepoty drugiego, w tymże czasie stwierdzone, zanik brodawki nerwu wzrokowego obustronny — w późniejszym okresie choroby, zarówno jak przejście sprawy chorobowej na nerw okoruchowy wspólny [nieoddziaływanie źrenic na światło i akomodacyę, zupełne porażenie mięśni zewnątrz-ocznych], brak zmian ze strony inńych zmysłów, oraz umiejscowionych porażeń lub drgawek: wszystko to kazało umiejscowić nowotwór na podstawie mózgu w okolicy skrzyżowania nerwów wzrokowych. Przeważny udział w drgawkach kończyn prawej strony ciała objaśnić można było większem podrażnieniem, skutkiem ucisku, elementów ruchowych [np. odnóg mózgowych], pozostających w związku z tą stroną ciała. Tem samem wytłómaczyć się dało większe napięcie mięśni i przykurczenie kończyn prawostronnych w porównaniu z lewostronnemi. Co się tyczy automatycznych ruchów kończyn górnych, to te możnaby powiązać z uszkodzeniem, wskutek ucisku, wielkich zwojów podstawy mózgu [rozrzedzenie]. Co do istoty nowotworu, to przypuszczało się glejak, albo mięsak.

Oględziny pośmiertne. Trup średniego wzrostu o skórze bardzo bladej, z kilku niegłębokiemi odleżynami w okolicach łokci, kolan, krętarzy, pośladków. Twarz, stopy i dłonie, zarówno jak golenie i przedramiona, najsilniej stopy i dłonie, przedstawiają znaczny obrzęk, nie pozostawiający jednak przy ucisku żadnego zagłębienia. Kości czaszki cienkie, bez wszelkich zmian ani na zewnętrznej, ani na wewnętrznej blaszce. Opona twarda nigdzie z kośćmi nie zrośnięta, żyły jej są nieco rozszerzone. Opona miękka nie przyrośnięta do twardej, o powierzchni gładkiej, lśniącej, w stanie znacznego żylnego przekrwienia. Obrzęk istoty mózgowej, zawoje zlekka spłaszczone. Unosząc zrazy czołowe mózgu ku górze i nieco w tył, widzimy na podstawie czaszki guz barwy ciemno-sinej, który wrasta do oczodołu prawego. Przeciąwszy guz w tem miejscu, przekonywamy się, że nie jest on nigdzie zrośnięty z oponą twardą podstawy czaszki, prócz w jednem jedynem miejscu, mianowicie w siodle tureckiem. Nie znajdujemy tu śladów *tentorii sellae turcicae*, a guz tak zrósł się z dnem siodła, że po oddzieleniu go zostaje obnażona, niezużyta kość. Ułożywszy mózg podstawą do góry, widzimy, że guz składa się z 3 części: dużej środkowej, wielkości pięści noworodka, bocznej mniejszej, wielkości śliwki, przylegającej do zrazu skroniowego prawego i takiejże prawie wielkości guza, położonego z tyłu i na lewo i przylegającego do mostu Wa-

[1]) Do tego ostatniego objawu nie należy przywiązywać wielkiej wagi. Często zdarza się że ropnie mózgowe przebiegają bez gorączki. Z drugiej zaś strony, gorączka występować może np. przy gruzełku, albo przy umiejscowieniu nowotworu w okolicy mostu Warol'a lub opuszki.

rol'a. Guz, jak się rzekło, barwy ciemno-sinej, o powierzchni gładkiej, lśniącej, spoistości miękkiej. Od przodu przykrywa część zawojów czołowych prostych (*gyri frontales recti*), sięgając z lewej strony dalej ku przodowi, niż z prawej. Z prawej strony guz przykrywa zraz skroniowy na większej przestrzeni, niż z lewej. Od tyłu przylega do mostu, przyczem po uniesieniu guza w tem miejscu dostrzegamy uciśnięte *pedunculos cerebri*. Z *hypophysis*, *tuber cinereum*, *infundibulum*, *corpora candicantia* nie pozostało ani śladu. Nerwy wzrokowe są bardzo znacznie rozsunięte, przylegają do bocznych powierzchni guza i są spłaszczone. Skrzyżowanie nerwów wzrokowych (*chiasma opticum*) również rozciągnięte i spłaszczone. Wzajemna odległość obu nerwów okoruchowych znacznie powiększona; nerwy te również przylegają do bocznych powierzchni guza.

Przy oddzielaniu guza na tępo od tkanki mózgowej, ta ostatnia przedstawia się na dużej przestrzeni w stanie rozrzedzenia; wynaczynień przytem nie widać. Wyłuszczając w ten sposób guz, wchodzimy do 3-ciej komory mózgowej, w którą guz głęboko się wpukla; wylewa się przytem niewielka ilość surowiczego płynu. Przekroje mózgu w różnych kierunkach nie wykazują w nim, prócz wspomnianego rozrzedzenia w sąsiedztwie guza, żadnych innych zboczeń. Odnoga nowotworu, idąca do oczodołu prawego i obrastająca po drodze *a. carotidem int.*, wychodzi z masy nowotworowej, wypełniającej zagłębienie siodła; ponad tem ostatniem siedzi nieprawidłowo-kulistego kształtu guz środkowy z bocznymi, dodatkowymi guzami.

Po przecięciu środkowego guza wylewa się zeń zawartość gęsta, półpłynna, barwy brunatnej, zawierająca mnóstwo strzępków; przytem guzy boczne nie spadają się, a więc nie komunikują ze sobą. Taka sama zawartość znajduje się także w bocznych guzach. Wewnętrzna powierzchnia wytworzonego po wylaniu gęstej zawartości worka pokryta jest ślizką masą, po oddzieleniu której powierzchnia ta przedstawia się zupełnie gładką. Grubość ścian worka sięga 2 mm., nie jest ona zresztą wszędzie jednakowa. W ścianie worka środkowego guza rozrzuconych jest kilka guziczków, wielkości grochu i mniejszych, dość twardych, na przekroju barwy szaro-sinej.

Ze zmian w innych narządach zanotujemy następujące. Nerki powiększone, otoczka ich łatwo daje się zdejmować, powierzchnia ich gładka, na przekroju istota korowa zgrubiała (*nephritis parenchymatosa*). Pęcherz moczowy spadnięty, błona śluzowa mocno nastrzyknięta z licznemi wynaczynieniami, pokryta ropą (*cystitis purulenta*).

Badanie drobnowidzowe. W celu prędszego zoryentowania się, z jakiego rodzaju nowotworem ma się do czynienia, roztarto masę, pokrywającą wewnętrzną powierzchnię worka [ze środkowego guza] na szkiełku. Po zabarwieniu hematoksyliną i eozyną okazało się, że składa się ona z mieszaniny czerwonych krążków krwi oraz dużych [o wiele większych od leukocytów] komórek o niewyraźnych konturach, z dużem okrągławem lub owalnem jądrem o wyraźnej budowie chromatynowej i zabarwionem eozyną jąderku. Dane te nasuwały przypuszczenie mięsaka. Wycięto kawałki z różnych miejsc [nowotworu [z dna siodła, z części wrastającej do oczodołu, z różnych miejsc ścia-

[ny worka, części ściany z guziczkami, kłaczki z wewnątrz nowotworu i utrwalono w sublimacie, a następnie zatopiono w parafinie. Nerwy (*opticus*, *oculomotorius*), jak również kilka części nowotworu włożono do płynu Zenker'a. Barwienie hematoksyliną i eozyną, a dla uwidocznienia zwyrodnienia ścian naczyń użyto metody van Gieson'a [mieszanina roztworu kwasu pikrynowego i fuksyny].

Budowa nowotworu jest w głównych zarysach wszędzie jednakowa. Nowotwór składa się z komórek dość dużych, okrągławych, z protoplazmą siatkowatą, miejscami wakuolizowaną. Jądra komórek okrągławe lub owalne, wielkości 3—4 μ, z budową wyraźnie chromatynową i jednem lub kilkoma jąeerkami. Niektóre jądra posiadają wakuole. Pomiędzy temi komórkami w wielu miejscach widać wynaczynienia. Co się tyczy naczyń, to pod tym względem w różnych częściach nowotworu zachodzą dość znaczne różnice. W częściach twardszych [z zawartości siodła, z guziczków tkwiących w ścianach, z części nowotworu, wrastającej do oczodołu] unaczynienie nie jest zbyt obfitem. Natomiast w środkowej, rozmiękczonej części guza widzimy bardzo wielkie bogactwo naczyń, tak, że większa część pola widzenia zajęta jest owemi naczyniami, między któremi leżą opisane wyżej komórki. Większość naczyń uległa tu zwyrodnieniu szklistemu w wysokim stopniu [Gieson]. Zwyrodnienie obejmuje albo całą grubość ściany naczyniowej, albo pozostawia niezmieniony śródbłonek. W niektórych naczyniach tylko część obwodu uległa zwyrodnieniu. Skutkiem zwyrodnienia szklistego światło naczyń jest znacznie zmniejszone, w niektórych zaledwie się zaznacza, w innych zupełnie go nie widać.

Otoczka, powlekająca guz, składa się z pasm tkanki łącznej z wieloma szczelinami [przestrzenie limfatyczne]. Ściany tych szczelin wysłane są komórkami podłużnemi z długimi wyrostkami i pałeczkowatem jądrem. Jest to, sądząc z budowy, zmieniona wskutek nowych warunków opona twarda. W wielu miejscach tej otoczki włóknistej spotykamy rozmaitej wielkości nacieczenia nowotworowe, rozprzestrzeniające się po szczelinach limfatycznych. Guziczki, siedzące w ścianie środkowego guza i widzialne gołem okiem, przedstawiają takie same skupienia komórek nowotworowych, otoczone zewsząd tkanką łączną. Nie są one obficie unaczynione, a naczynia nie przedstawiają zwyrodnienia szklistego. Otoczka łączno-tkankowa, pokrywająca boczne guzy, ma taką samą budowę, jak środkowego, również jest w wielu miejscach nacieczona, lecz grubość jej jest prawie o połowę mniejsza. Po oddzieleniu mas rozpadłych nowotworowych od wewnętrznej powierzchni otoczki, nie znajdujemy tam ani śladu jakiegokolwiek nabłonka, widzimy natomiast przylegające do niej w różnych miejscach strzępy nowotworu.

Mieliśmy zatem do czynienia z mięsakiem okrągło-komórkowym (*sarcoma globo-cellulare*), który, ze względu na niezmierną obfitość naczyń w części środkowej nowotworu, zasługuje na miano *sarcoma angiomatodes*.

Nerwy. Nerw wzrokowy, który makroskopowo przedstawiał się spłaszczony, bez guzików, pod drobnowidzem okazuje nacieczenie sarkomatyczne otoczki [t. j. opony], ogromne zniszczenie włókien nerwowych ze znacznym

rozrostem tkanki łącznej. W nerwie okoruchowym, prócz niewielkiego rozrostu tkanki łącznej, znaczniejszych zmian nie znajdujemy; włókna nerwowe są st osunkowo dobrze zachowane.

Nerki przedstawiają oznaki miąższowego zapalenia, bez zmian w naczyniach. Nabłonek kanalików złuszcza się masami; w wielu kanalikach widać wysięk. [D. n.].

STRESZCZENIA ZBIOROWE.

12 SPOSTRZEŻEŃ RAN POSTRZAŁOWYCH BRZUSZNYCH PODCZAS CIĄŻY.

Podał

Fr. Neugebauer.

[Dokończenie.—Patrz Nr. 42].

Co do 11 spostrzeżeń postrzelenia macicy ciężarnej, 9 razy postrzelenie było przypadkowem, a dwa razy naumyślnem: zabójstwo rozmyślne w przypadku Nr. 10, a *tentamen suicidii* w przypadku Nr. 4.

Okres ciąży w czasie postrzelenia:

№ 1: okres ciąży nie wymieniony.
№ 2: w 6 miesiącu ciąży.
№ 3: okres nie wymieniony.
№ 4: w 5 miesiącu.
№ 5: w 6 miesiącu.
№ 6 i 7: okres nie wymieniony.
№ 8: w 7 miesiącu.
№ 9: w 8 miesiącu.
№ 10: w 10 miesiącu.
№ 11: w drugiej połowie ciąży.
№ 12: w 8 miesiącu ciąży.

Los ciężarnej po postrzeleniu:

1) Wyzdrowienie po dokonaniu cięcia cesarskiego.

2) Wyzdrowienie po wyczekującem leczeniu. 28 godzin po postrzeleniu urodziło się dziecko miarowe, kulą przebite.

3) Śmierć pomimo cesarskiego cięcia.

4) Wyzdrowienie po dokonaniu cięcia brzusznego i rezekcyi brzegów rany postrzałowej przedniej ściany macicy, z następczem zeszyciem. 2 tygodnie później urodził się martwy płód 5-miesięczny, nienaruszony strzałem.

5) Wyzdrowienie przy wyczekującem leczeniu, 16 tygodni później poród żywego dziecka.

6) Wyzdrowienie po dokonaniu cięcia brzusznego z odcięciem pętlicy pępowiny z rany macicznej wypadłej, zeszyciem tejże rany i rezekcyą pętlicy kiszek matki.

7) Wyzdrowienie po dokonaniu cięcia brzusznego.

8) Śmierć 6½ dnia po dokonaniu cięcia cesarskiego, połączonego z amputacyą macicy.

9) Wyzdrowienie przy leczeniu wyczekującem, poród przedwczesny, po 15 godzinach ukończony kleszczami.

10) Śmierć 1-go dnia po dokonaniu cięcia cesarskiego zachowawczego połączonego z wykrojeniem brzegów rany postrzałowej macicznej i brzuszno-ściennej i zeszyciem ran.

11) Śmierć.

12) Wyzdrowienie po dokonaniu cięcia cesarskiego zachowawczego [połączonego z wykrojeniem brzegów rany postrzałowej macicznej i brzuszno-ściennej i zeszyciem ran nowo powstałych] i następczej amputacyi trzonu macicy wskutek ropienia.

Los dziecka, *resp.* płodu:

W przypadku № 5 urodziło się dziecko żywe 16 tygodni po postrzeleniu ciężarnej.

We wszystkich innych przypadkach płód obumarł.

Przebieg kuli *resp.* śrótu w pojedyńczych przypadkach.

№ 1) Brak szczegółowego opisu.

№ 2) Kula, ważąca 136 gramów wdrążyła do brzucha 6 centymetrów powyżej *spin. ant. sup. ossis illei sinistri*, mając kierunek ku górze. Rany wychodowej nigdzie nie znaleziono, natomiast skonstatowano, że kula przeszyła płód, wchodząc poniżej lewej łopatki i wychodząc w okolicy prawego biodra. Hays przypuszcza, że kula wyszła z macicy do jamy brzusznej i tam pozostała.

№ 3) Brak szczegółowego opisu.

№ 4) Kula po wdrążeniu do jamy brzusznej wdrążyła do macicy, nie wychodząc z niej. Kuli nie znaleziono, płód nienaruszony.

№ 5) Kula wdrążyła do jamy brzusznej na wysokości 3 cali poniżej wyrostka mieczykowatego po lewej stronie, przebiła przeponę brzuszno-piersiową w odstępie jednego cala od wierzchołka serca i utkwiła w płucu jednem.

№ 6) Brak szczegółowego opisu, kula przebiła pętlicę kiszek i wdrążyła do macicy.

№ 7) Brak szczegółowego opisu.

№ 8) Kula wdrążyła do brzucha na 3 cale poniżej i 2 cale ku przodowi od *spin. ant. sup. ilei ossis dextri.*, znaleziono kulę 5 cali ku tyłowi i 1 cal powyżej *spina ant. sup. ossis ilei sinistri.* Kula przeszyła macicę płódi łożysko na wylot, prócz tego przebiła 3 pętlice kiszek.

№ 9) Kula wdrążyła do jamy brzusznej po prawej stronie, weszła poniżej pępka do macicy, przebiła płód, wchodząc przez prawy bok i wychodząc w lewej okolicy biodrowej; kulę znaleziono wśród błon płodowych.

№ 10) Kula wdrążyła do jamy brzusznej po lewej stronie w odległości 4 palców od smugi białej i o 2 palce poprzeczne wyżej od pępka, wdrążyła do macicy poniżej osady lewego jajowodu, przeszyła płód; wchodząc w oddaleniu jednego centymetra od *proc. spinosus vert. lumbalis I-ae* po lewej stronie, kula przeszyła jamę brzuszną płodu, kalecząc kiszki, przeponę, lewe płuco i serce, następnie wyszła na wysokości jednego centymetra powyżej lewej brodawki sutkowej, zatem powtórnie wdrążyła do płodu, mianowicie do czaszki w okolicy lewego ucha i utkwiła w mózgu. Łożysko nienaruszone.

№ 11) Brak szczegółowego opisu.

№ 12) Postrzał wdrążył do jamy brzusznej po prawej stronie na 3 cale poniżej pępka w odległości 2 cali od smugi białej; rana maciczna leżała po prawej stronie na 2 palce po niżej linii, oba jajowody łączącej. Na trupie płodu znaleziono ranę pomiędzy dolnemi żebrami i grzebieniem kości biodrowej lewostronnej, kilka ran na przedniej powierzchni klatki piersiowej. Pokaleczenie płuc, osierdzia, wierzchołka serca, w którem znaleziono zwitek zakop-

conego papieru, poszarpanie obu przedsionków i wątroby. Ziarna śrótu znaleziono w kilku miejscach płodu oraz w łożysku.

Co się tyczy natychmiastowych i następczych objawów po postrzeleniu zanotowano.

W № 2 nieznaczny shok—rana brzuszna mało krwawiąca, zatkana siecią, którą do jamy brzusznej wepchnięto. Następnego dnia poród samowolny, przedwczesny. Pomimo gorączki połogowej wyzdrowienie.

W № 4 szczegółowego opisu w referacie nie podano. W miejscu przedziurawienia przez kulę ściana macicy wykazała ścisły zrost z łożyskiem.

W № 5 krwotok płucny, ciąża nieprzerwana postrzeleniem ciężarnej.

W № 8 na razie ostra zapaść postrzelonej ciężarnej. Krwawienie z rany brzusznej umiarkowane, na razie brzuch mało wzdęty, nie było oznak jawnych, że kula weszła do jamy brzusznej, później zaś wzdęcie i upadek tętna. *Peritonitis purulenta*, pomimo operacyi, *peritonitis* wywołana wdrążeniem mas kałowych do jamy brzusznej z przestrzelonych 3 pętlic kiszek, śmierć.

W № 9 rana brzuszna mało krwawiąca, żadnej zapaści nie zauważono. W godzinę po postrzeleniu wystąpiły bóle porodowe, poród ukończono kleszczami, atoniczny krwotok po wydobyciu dziecka.

W № 10 w pół godziny po postrzeleniu nadzwyczaj silne bóle w brzuchu, w godzinę po wypadku wymioty i wyraźne objawy ostrej *peritonitis*. Pomimo cesarskiego cięcia śmierć 6 go dnia, mianowicie wskutek septycznego zapalenia otrzewnej, wywołanego zarazkami, przez kulę do jamy brzusznej zaniesionymi.

W № 12 zaraz po postrzeleniu ból brzucha, ruchy płodu przestały, woda płodowa z domieszką krwawą wylewa się z rany. Wymioty, początkująca *peritonitis*. Zakażenie septyczne przez zarazki, przez kulę do jamy brzusznej zaniesione, gorączka już w kilka godzin po postrzeleniu i wypływ cuchnącej wody płodowej z rany. W ranie brzusznej sterczała część sieci.

Rozpoznanie nie we wszystkich przypadkach zrobiono trafne przed samą operacyą: zaprzestanie ruchów płodu i bicia serca, wypływ wody płodowej z rany brzusznej, domniemany kierunek strzału pozwalały w niektórych przypadkach przewidywać postrzelenie macicy ciężarnej, jednak nie zawsze objawy te wystąpiły jawnie, tembardziej tam, gdzie chodziło o pierwszą połowę ciąży. W przypadku № 8 nie było żadnych wskazówek, jawnie wskazujących na to, że kula weszła do jamy brzusznej, albowiem zgłębnik, do rany brzusznej prowadzony, nie dochodził do jamy brzusznej, a jednak kula przebiła macicę. Zdecydowano się na cięcie brzuszne dopiero wobec objawów następczych zapalenia otrzewnej i zapaści.

Postępowanie lecznicze w pojedynczych przypadkach.

№ 1. Cięcie brzuszne, brak szczegółowego opisu.

№ 2. Rana postrzałowa brzuszna zatkana siecią, którą wepchnięto do jamy brzusznej. Morfina, ciepłe okłady, ergotyna. Wyczekiwanie. Poród przedwczesny, samowolny, gorączka połogowa i *peritonit.*, wyzdrowienie bez interwencyi czynnej, operacyjnej.

№ 3. *Sectio caesarea.*

№ 4. Cięcie brzuszne z wykrojeniem brzegów rany postrzałowej macicy i zeszyciem nowopowstałej rany. Wyczekiwanie z pomyślnem ukończeniem samowolnego, 5-cio-miesięcznego poronienia.

№ 5. Wyczekiwanie, samowolne wyzdrowienie przy leczeniu systematycznem.

№ 6. Cięcie brzuszne, połączone z rezekcyą jednej pętlicy kiszek i zeszyciem rany postrzałowej macicznej po odcięciu pętlicy pępowiny przez nią wypadłej do jamy brzusznej. Zastosowanie sączka z gazy w jamie brzusznej.

№ 7. Cięcie brzuszne.

№ 8. Wyjęcie kuli z pod skóry po znieczuleniu miejscowem kokainą. Cięcie brzuszne następcze; *sectio caesarea* z amputacyą sposobem Porro zeszyto rany 3 pętlic kiszek, kulą przebitych i podwiązano jedną tętnicę krezkową. Do jamy brzusznej wprowadzono dren szklany i sączek z gazy.

№ 9. Wyczekiwanie, sztuczne ukończenie kleszczami samowolnego porodu przedwczesnego. Rana maciczna zatkaną była błonami płodowemi, których nie ruszono.

№ 10. *Sectio caesarea conservativa* z wycięciem brzegów ran postrzałowych brzuszno-ściennej i macicznej i zeszyciem ran nowo powstałych.

№ 11. Szczegółowego opisu nie podano.

№ 12. *Sectio caesarea conservativa* z wycięciem brzegów ran potrzałowych macicznej i brzuszno-ściennej i zeszyciem ran po rezekcyi powstałych z zastosowaniem sączka Mikulicza. Następcza amputacya trzonu macicy wskutek ropienia.

Ogólny wynik kazuistyki przezemnie dziś zestawiony dowodzi, że rokowanie dla ciężarnej, która padła ofiarą postrzału brzusznego, zależy głównie od następczej utraty krwi oraz warunków zachowania aseptyki ran postrzałowych. Ogólnych przepisów leczniczych dać nie sposób wobec indywidualności pojedyńczych przypadków. W każdym razie przy zachowaniu ścisłej aseptyki interwencya czynna bardziej jest wskazaną, niż wyczekiwanie, pomimo że w kilku przypadkach ciężarna postrzelona przetrzymała następstwa kasastrofy i bez operacyjnej interwencyi wyzdrowiała; zakażenie może nastąpić wskutek wdrążenia wraz z kulą części odzieży, a z nią zarazków chorobotwórczych do jamy brzusznej, wywołujących *peritonitis* septyczną lub też przy postrzeleniu kiszek przez wdrążenie zawartości kałowej do jamy brzusznej, dając rokowanie jeszcze gorsze. Co się tyczy krwawienia następczego, na uwagę zasługuje fakt, że rany postrzałowe macicy wbrew oczekiwaniu mało krwawią, jeśli rana dotyczy górnej części ciała macicy. Ważną w tem rolę odgrywają skurcze maciczne oraz tamponacya rany przez wtłaczające się w ranę części błon płodowych lub pętlice pępowiny.

Również w dwóch przypadkach rana postrzałowa brzuszno-ścienna okazała się zatamponowaną przez część sieci. W jednym przypadku sieć wepchnięto po prostu do jamy brzusznej, w innym część sieci, tkwiącą w ranie postrzałowej, wycięto.

DZIAŁ SPRAWOZAWDCZY.

163. Gilles de la Tourette. Rozwój, rokowanie i leczenie porażeń połowicznych pochodzenia organicznego.

Autor na wstępie przypomina wytyczne dane do rozpoznawania różniczkowego porażeń połowicznych pochodzenia organicznego i porażeń histerycznych. Te ostatnie połączone bywają bardzo często z zaburzeniami w sferze czuciowej, których przy zwykłych porażeniach organicznych [z wyjątkiem rzadkich przypadków zajęcia tylnej trzeciej części *capsulae internae*] nie bywa. Przy obecności tylko co wspomnionych, a rzadkich zaburzeń czuciowych, do rozpoznania porażenia organicznego dopomódz może objaw, konstatowany wyjątkowo tylko w tem ostatniem, a opisany przez Babińskiego. Polega on na tem, że przy porażeniach organicznych znajdujemy zwolnienie mięśni, a przy łaskotaniu podeszwy palce stopy zamiast być zgiętemi, prostują się i wyprężają ku podbiciu. Dalej, odruchy rzepkowe w przypadkach porażeń histerycznych są prawidłowe, w organicznych zaś ulegają osłabieniu lub wzmożeniu. Następnie autor kreśli obraz rozwoju porażenia połowicznego.

Jeżeli występuje ono po przekrwieniu podobnem do apopleksyi u osobnika, dotkniętego zwapnieniem naczyń, lub po napadzie padaczki częściowej, albo migreny (*m. accompagnée*), wreszcie jeżeli zdarza się u syfilityka, to może być tylko czasowem. Ale, jeżeli mamy do czynienienia z krwotokiem mózgowym, porażenie połowiczne stałe jest ogólnem prawem; zajmuje ono twarz, rękę i nogę. Zupełny bezwład występuje tutaj na piąty, szósty dzień po ustąpieniu śpiączki. Wygląd twarzy, języka i podniebienia miękkiego, jako dobrze znane, opuścimy; zwrócimy tylko uwagę, że przy porażeniu organicznem wszystkie mięśnie twarzy tracą swą sprawność, z wyjątkiem *m. orbicularis palpebrarum*. Ten ostatni porażonym bywa tylko w przypadku zewnątrz-czaszkowego paraliżu nerwu twarzowego; wtedy, dzięki antagonizmowi *levatoris palpebrae* [unerwianemu przez 3-cią parę], oko stale jest rozwartem.

Co do języka znowu, to autor ostrzega przed pomyłką następującą: trudności w wymawianiu spółgłosek językowych można pomieszać z zaburzeniami w mowie przy afazyi ruchowej; tutaj należy zbadać, czy chory nie jest mańkutem.

Porażenie kończyny górnej i dolnej może ustępować stopniowo, a ruchy mogą wracać powoli. Istnieje jednak sposób przewidzenia naprzód, czy poprawa nastąpi, czy stan zostanie prawie bez zmiany, czy wreszcie obawiać się można pogorszenia. Badanie odruchu rzepkowego i łokciowego w epoce po przejściu napadu apoplektycznego jest owym środkiem, ułatwiającym rokowanie. Mogą tu zachodzić trzy kombinacye: odruchy wspomniane pozostają w hemiplegii prawidłowymi, wtedy jest wielce prawdopodobnem, że porażenie takie jest przejściowem i władza w kończynach powróci; *b*) odruchy są zniesione lub bardzo upośledzone; należy się wtedy obawiać, że ruchy już nie powrócą [w podobnych przypadkach znajdujemy na kończynach zaburznia w odżywianiu, np. wczesne obrzęki]. Wtedy nietylko, że porażenie nie ustąpi, ale stan ogólny chorego tak szybko się pogorszy, że wystąpią zabójcze dla chorego powikłania. c) Jeżeli wreszcie, co się najczęściej zdarza, odruchy ścięgniste na porażonych kończynach, pomimo pozornego zwiotczenia mięśni, są wzmożone, to jest to wskazówką poczynającego się stanu spastycznego i o ile przykurczenia te nie są od razu za wyraźne, można spodziewać się stopniowego, przynajmniej częściowego powrotu ruchów. Ten ostatni zazwyczaj następuje wcześniej nieco na kończynie dolnej, niż na górnej.

Po piętnastu lub dwudziestu dniach chory może poruszać nogą, opierać się na niej, a po miesiącu zaczyna chodzić; chód jednak ma swoisty charakter: za wzmożeniem odruchu rzepkowego idzie przykurczenie mięśni i chory przy każdym kroku naprzód opisuje półkole zesztywniałą kończyną. Ruch ten podobny do ruchu przy koszeniu dał początek nazwie dla podobnego chodu „*en fauchant*“. Ta sztywność, zależna od napięcia mięśniowego, jest w pewnym stopniu zjawiskiem dodatniem, bo ułatwia paralitykowi chód, ale należy pamiętać, że jeżeli sztywność kończyny przechodzi pewną miarę, wtedy biodro zgina się ku miednicy, goleń ku biodru, a pięta może dotykać pośladków, co przecież uniemożliwia chód zupełnie.

W tem miejscu autor zwraca uwagę na jeden ważny szczegół. Przy badaniu odruchu rzepkowego na chorej i zdrowej kończynie, na tej ostatniej równie znajdujemy wzmożenie, jak i na chorej, choć w mniejszym nieco stopniu. Bywają przypadki, że zdrowa kończyna również staje się sztywną, jak porażona i wtedy, jakkolwiek porażenie jest jednostronnem, klinicznie mamy do czynienia z paraplegią.

Doświadczenia i badania Pitres'a wytłómaczyły szczególne to zjawisko. Wiadomo, że pęczek piramidalny ulega niezupełnemu skrzyżowaniu na wysokości opuszki. Oprócz pęczka krzyżującego się, istnieje pęczek piramidalny

prosty, który zanurza się w istotę mózgu po stronie uszkodzenia w mózgowiu. Otóż zwyrodnienie tego właśnie pęczka powoduje wzmożenie odruchów na stronie nieporażonej, jeżeli przypadkowo znajdzie się w okolicy ogniska chorobowego, co jest możliwe, gdyż różnice w położeniu pączka niekrzyżującego się są zależne od osobniczych różnic ustroju.

Z kolei przechodzi autor do opisu rozwoju hemiplegii na twarzy i kończynie górnej. Twarz najwcześniej powraca do stanu prawidłowego: w ciągu pięciu, sześciu miesięcy od napadu prawie niema śladów—chyba lekkie wygładzenie brózdy nosowowargowej—przebytego paraliżu.

Gorzej stoi sprawa z ręką. Już około ósmego, dziesiątego dnia po napadzie widzimy występujące przykurczenie górnej kończyny. Z chwilą, kiedy chory podnosi się z łóżka i zaczyna wstawać, kończyna górna nie wisi bezwładnie wzdłuż ciała, lecz coraz bardziej zostaje przyrośniętą do tułowia: przedramię w pronacyi, zgina się ku ramieniu, ręka zbliża się ku środkowej linii piersi, a przykurczone palce opierają się prawie na dłoni.

W ciężkich przypadkach trudno nawet odsunąć ramię od tułowia, a między palce i dłoń wypada nieraz kłaść wałeczki, żeby paznogcie nie wpijały się w dłoń. Cóż za przyczyna tego? Oto, badając chorego, widzimy, że wyprostowanie palców, przedramienia i odsunięcie tego ostatniego udaje się z pewną trudnością, którą jednak przezwyciężyć możemy; ramienia jednak odsunąć od tułowia nie możemy dla bólu, jaki ten rękoczyn choremu sprawia. Przy badaniu bliższem, często ze wspomnień chorego o obrzmieniu i bolesności stawu łopatko-ramieniowego jeszcze w początku choroby dochodzimy do wniosku, że mamy do czynienia ze stanem zapalnym natury nie ostrej, lecz od początku prawie już przewlekłej w stawie wspomnianym [choć mogą się zdarzać podobne zapalenia, co prawda rzadziej, i w innych stawach porażonej kończyny]. Przyczyną powstawania tych zapaleń jest, jak to dowiedziono klinicznie i doświadczalnie, jedynie długie unieruchomienie kończyny.

Dla tego też autor kładzie nacisk na potrzebę zwracania bacznej uwagi na to, aby prawie od początku choroby za pomocą ruchów biernych, masażu i elektryzacyi [ale prądem o sile niewielkiej, galwanicznym, a nie faradycznym] pobudzać mięśnie do czynności, która zapewni im prawidłowe krążenie i niedopuścić do przekrwień zastoinowych, które wywołują owe przykre, a często i nieszczęśliwe dla chorego powikłania. Kończyna dolna rzadko podpada tej ewentualności, bo chory sam, wykonywając pewne ruchy [jako to podnosząc się w łóżku, siadając dla wypełnienia koniecznych czynności, wreszcie poczynając opierać się i w końcu chodzić na chorej nodze], zapobiega złemu.

Co do leczenia stanu ogólnego i samej hemiplegii, to autor przyznaje, że środki wewnętrzne nie wiele pomódz mogą, ponieważ nie wielki lub żaden wpływ na ognisko w mózgu mieć nie mogą; ogólne przepisy hygieniczne, dyetetyczne oraz co do czystości skóry, pracy umysłowej i t. d. nic nowego na tym punkcie nie wprowadzają.

(*Sémaine médicale. 1898. Nr. 46*). *A. Majewski.*

164. L. Minor. O próbie ruchowej i przeszkodach w ruchu przy lumbago i ischias.

Pomimo iż tak często spotykamy *ischias* i *lumbago*, nie posiadamy dotychczas wyczerpujących danych o sposobie wykonywania pewnych ruchów przy tych cierpieniach.

Autor podaje bardzo szczegółowy opis sposobu podnoszenia się z pozycyi siedzącej na ziemi z wyciągniętemi kończynami dolnemi do pozycyi stojącej. Wynika z tego, co następuje.

Tak przy *lumbago*, jak i przy *ischias* chorzy nie są w stanie podnieść się z ziemi bez pomocy rąk.

We wszystkich przypadkach *lumbago*, wywołanych czy to przez gościec, czy przez uraz, *caries* i t. d., czy nawet przez nadmierne wyciąganie mięśni wskutek jakiegoś nadmiernego wysiłku, jeśli tylko cierpienie jest obustronne, sposób podnoszenia się jest bardzo charakterystycznym. W zupełnie podobny sposób wstają chorzy z *pseudohypertrophia musculorum*.

Chorzy obracają się twarzą do ziemi i, wyciągając ręce przed siebie [1 moment], stają na czworakach. Gdy udało się im zająć powyższą pozycyę, starają się jedną rękę oprzeć na dolnej części odpowiedniego biodra, poczem wykonywają takiż ruch i drugą ręką. Następnie, przesuwając powoli ręce po biodrach coraz wyżej i wyżej [IV moment] i jednocześnie opierając się na nich, stopniowo podnoszą się aż do zupełnego wyprostowania.

Autor zdaje się z całą stanowczością twierdzić wbrew innym, że, przynajmniej w większości przypadków, przy omawianem cierpieniu wchodzą w grę tylko *erectores trunci*, podczas gdy *mm. glutaei* i *extensores cruris* pozostają zupełnie nietkniętymi.

Zupełnie innymi ruchami posługują się chorzy na *ischias* podczas wykonywania takichże ruchów. Już przy samem siedzeniu daje się zauważyć pewna różnica, albowiem chory nigdy nie wyprostuje zupełnie chorej kończyny, lecz trzyma ją zazwyczaj nieco zgiętą w stawie kolanowym.

Chcąc się podnieść, wyciąga nieco ręce poza siebie [I moment] i opierając się na nich, unosi tułów ku górze, jednocześnie przybliżając stopy ku miednicy, a raczej podsuwając je pod nią. Wtedy dopiero przechyla się całym tułowiem na stronę kończyn zdrowych, rękę zaś chorą unosi ku górze [balansuje, IV moment], poczem opiera się całym ciężarem ciała na zgiętej zdrowej nodze i powoli zaczyna się prostować. W powyżej opisany sposób odbywa się podnoszenie z ziemi przy *lumbago* i *ischias*.

Ze względu zaś na zupełnie przeciwne sobie ruchy rąk w I i IV momencie w każdym z tych cierpień, autor tworzy dwa zasadnicze typy: *a*) *Vorderopose-Klettern*, charakterystyczny dla *lumbago* i *pseudohypertrophia musculorum* i *b*) *Hinteropose-Balansiren* dla *ischias*.

Nie zawsze jednak spotykał autor typowe przypadki *ischias* i *lumbago*, lecz często i ich wzajemną kombinacyę, przy rozmaitym stopniu natężenia każdej z nich. W miarę tego zmieniał się i sposób podnoszenia się. Ciekawy też przypadek obserwował autor w swej praktyce, a to ze względu na stosunek pomiędzy *ischias* i *lumbago*, a mianowicie, że typowe napady *ischias* były niekiedy zastępowane przez napady *lumbago*. Cierpienia te występowały nie tylko w formie ekwiwalentu, lecz i w formie naprzemiennej, i tak: *lumbago*, po niejakim czasie *ischias*, później znów *lumbago*, a potem *ischias* i t. d..

Za pomocą próby podnoszenia się można nieraz rozpoznać nie tylko rodzaj choroby, lecz i jej umiejscowienie, gdyż bóle zazwyczaj bywają obustronne, pomimo że zgiętą jest tylko jedna strona.

Również bardzo wszną jest ta próba dla odróżnienia symulacyi w odnośnych przypadkach.

(*Deut. med. Woch. Nr. 23, 24. 1898 r.*). *Eug. Tryjarski.*

165. B. Silva. Przypadek padaczki Jackson'a. Przyczynek do poszukiwań nad umiejscowieniem ośrodka ruchowego nerwu twarzowego górnego.

Jakkolwiek padaczka Jackson'a nie może być częstokroć czynnikiem rozpoznawczym przy umiejscowianiu sprawy chorobowej w mózgu, zdarza się bowiem nie tylko przy guzach w mózgu, wylewach krwawych, zakrzepach żylnych, rozmiękczeniu, bliznach, ogólnym bezwładzie, lecz i przy zajęciu nerwów obwodowych, a nawet w mocznicy, zatruciu pochodzenia żołądkowego, przy histeryi i padaczce właściwej, jednakże spotykamy przypadki padaczki częścio-

wej Jackson'a, w których drgawki odpowiadają ściśle zajętemu jakąś sprawą chorobową ośrodkowi pasa ruchowego kory mózgowej.

Autor podaje jeden z takich przypadków. Chory, lat 74, od 50 roku życia miewał napady drgawek, ograniczających się wyłącznie do twarzy bez utraty przytomności, lecz częstokroć z utratą mowy. Drgawki te początkowo bardzo częste, co 4—6 minut, z biegiem czasu stały się rzadsze, pojawiały się co kilka miesięcy. Od 3 miesięcy napady drgawek ponowiły się, od dwóch zaś tygodni prawie nie opuszczały chorego, występując znowu co 3—4 minuty. Kurcze i drgawki najsilniej występowały w mięśniu marszczącym brwi, w mięśniu okrężnym powiek, w żwaczach, w prawym kącie ust i w mięśniach szyjowych. Górna prawa kończyna zlekka przykurczona, w dolnej tylko wzmożone nieco napięcie mięśniowe. Na dziesięć dni przed śmiercią, równocześnie z rozpoczynającym się bezwładem twarzy i języka, zaczęły występować podczas napadów drgawki w prawej kończynie górnej, niekiedy i w dolnej.

Przy badaniu pośmiertnem w lewym zwoju czołowym wstępującym i złączonym z nim czołowym średnim znaleziono niewielką torbiel z żółtym płynem surowiczym, pokrytą świeżym wylewem krwawym. Torbiel o średnicy 5—6 milimetrów znajdowała się w istocie białej, zajmując okolicę krótkich włókien skojarzeniowych tuż pod istotą szarą z tyłu i dosięgała przedniej trzeciej części szerokości zwoju czołowego wstępującego, z przodu zaś zajmowała przestrzeń kilku milimetrów pod zwojem czołowym średnim. Ściany torbieli składały się ze ścisłej tkanki łącznej. Nad nią w postaci kapelusza rozpostarł się świeży wylew krwawy, niszcząc od przodu dolną warstwę istoty szarej średniego zwoju czołowego i przez grubość zwoju czołowego wstępującego dosięgał istoty białej.

Dolna część zwoju czołowego wstępującego i tylna czołowego średniego mieszczą ośrodek ruchowy dla górnych gałęzi nerwu twarzowego, objawy więc kliniczne podanego wyżej przypadku padaczki Jackson'a najzupełniej odpowiadały umiejscowieniu sprawy chorobowej w mózgu.

(*Il Policlinico. I. IX. 1898*). *L. Lorentowicz.*

166. Ugo Benenati. Skurcz skrzypków, jako pierwszy objaw syryngomyelii.

Chory, lat 28, nie obarczony dziedzicznie nerwowo, skrzypek w orkiestrze, podczas gry dostał skurczu w małym palcu lewej ręki, który ustał po kilku godzinach. Skurcz ten występował co jakiś czas coraz silniej wyrażony, a po kilku miesiącach rozszerzył się i na czwarty palec; jednocześnie chory zaczął doznawać osłabienia w całej lewej ręce. Po za tem chory skarżył się na niemożność prawidłowego łykania, gdyż potrawy dostawały się do nosa, a niekiedy i do tchawicy, na kilkakrotne w ciągu dnia zawroty głowy i ustawiczny wypływ śluzu z nosa.

Przy badaniu chorego znaleziono: skrzywienie kręgosłupa w lewą stronę, mięśnie na lewej kończynie górnej, zwłaszcza na dłoni i przedramieniu, w stanie zaniku; drgania włókienkowe; jakościowy i cząstkowy odczyn zwyrodnienia w mięśniach i nerwach przedramienia; objawy zajęcia przednich rogów istoty szarej rdzenia. Przy badaniu czucia termicznego znaleziono zniesienie zupełne uczucia gorąca przy zachowaniu uczucia zimna. Odruchy ścięgniste wzmożone, co łącznie ze skurczem w palcach lewej ręki wskazywało na zajęcie sznurów bocznych rdzenia.

W wypływie śluzowym z nosa laseczników gruźlicy, ani trądu nie znaleziono. Na podstawie powyższych objawów postawiono rozpoznanie syryngomyelii z umiejscowieniem sprawy chorobowej w części szyjowej rdzenia.

(*La riforma medica. Nr. 212, 213. 1898*). *Leonard Lorentowicz.*

Towarzystwa lekarzy prowincyonalnych.

Towarzystwo Lekarskie m. Łodzi.

Posiedzenie z d. 20 kwietnia 1898.

1) Tumpowski przedstawił chorego z zapaleniem nerwów splotu barkowego (*neuritis plexus brachialis*), powstałem po zwichnięciu prawego ramienia.

2) Sonnenberg odczytał rzecz p. t. „Przypadek zniekształcenia włosów pochodzenia bakteryjnego“, przyczem przedstawił egzemplarze omawianych włosów, oraz preparaty bakteryologiczne i mikroskopowe [drukowane w Medycynie r. b. № 24 i 25].

Gorski opisał „Przypadek *cholelithiasis*“, z powiększeniem pęcherzyka żółciowego, przebiegający przy burzliwych objawach [gorączka, tętno znacznie przyśpieszone, brzuch wzdęty i bolesny], w którym pomimo odejścia około 50 drobnych kamyków, powtarzały się potem jeszcze w ciągu tygodnia napady dreszczy, silnej gorączki z następczymi potami, skutkiem czego G. przypuszczał, że ma do czynienia z ropnicą. Wobec możliwości jednak ropienia w wątrobie lub drogach żółciowych, miano na względzie operacyę. Ponieważ chory był bardzo osłabionym, wstrzyknięto 1,0 roztworu 2% sperminy Poehl'a, w celu wzmocnienia chorego przed operacyą. Po tem wstrzyknięciu stan chorego zaczął się poprawiać, gorączka już nie powróciła. W ciągu następnych 2 tygodni zrobiono jeszcze 6 wstrzykiwań; chory wyzdrowiał. Kol. G. stawia pytanie: *post*, czy *propter hoc?*

W dyskusyi nad tym odczytem koledzy Saks, Stankiewicz i Sterling nie zgadzają się z G. co do istnienia ropnicy w danym przypadku; przypuszczać należy, że istniało ropienie w pęcherzyku lub w przewodach żółciowych i że wyzdrowienie nastąpiło wskutek przedostania się ropy do kiszek, że zatem sperminie nie można tu przypisywać znaczenia.

Rząd utrzymuje, że działanie sperminy często polega na suggestyi.

Silberstrom przypuszcza, że *cholelithiasis* często przebiega pod formą *intermittentis* w połączeniu z żółtaczką i wtenczas ustępuje od małych dawek makowca.

Prezes utrzymuje, że działanie makowca należy objaśnić w ten sposób, że uspokaja bóle otrzewnowe i nadmierny ruch robaczkowy, zatem wpływa dodatnio na podrażnienie otrzewnej.

M. Cohn wspomina o przypadku *intermittentis*, przebiegającym pod formą *cholelithiasis* i zaznacza przytem rzadkość malaryi w Łodzi, na co Goldsobel przytacza, że przypadki malaryi w wojsku w Łodzi wcale nie są rzadkie [3%]. Prezes, Kaufman, Rosenthal i inni, zgadzając się z Cohnem, że malarya w Łodzi jest bardzo rzadką, przypisują częstsze pojawienie się jej w wojsku temu, że są to chorzy, którzy gdzieindziej malaryi nabyli.

3) Stankiewicz demonstrował preparaty, otrzymane przez *colpotomia posterior transversalis*, a mianowicie: 1) *pyosalpinx* ze zrostem z krezką; 2) *resectio* jajnika z powodu *hydrops folliculi Graphiani*; 3) *pyosalpinx duplex*; 4) *cysta ovarii sin.*; 5) *pyosalpinx duplex* wraz z torbielą jajnika.

Posiedzenie z dnia 4 maja 1898.

1) Rosenthal demonstruje chorą z niezwykłej wielkości przepukliną pępkową.

2) Stankiewicz przedstawia 36-letnią kobietę z *uterus bipartitus*.

3) Pinkus mówił o chorobach zakaźnych, panujących w Łodzi w marcu roku bieżącego.

4) Koliński odczytał referat p. t. „Masaż w okulistyce“.

K. na zasadzie własnego doświadczenia przychodzi do wniosku, że masaż okazuje się niezmiernie ważnym czynnikiem leczniczym:

1. Przy rozlicznych zapaleniach rogówki, pochodzenia skrofulicznego [w połączeniu z zastosowaniem tlenniku rtęci].

2. Przy zapaleniach brzegów powiek i to nie tylko w przypadkach idyopatycznych, lecz i przy blefarytach wtórnych, t. j. zależnych od cierpień spojówki, dróg łzowych i t. p. [również w połączeniu z zastosowaniem *hydrarg. praecip. flavi v. albi*].

3. Przy zapaleniu rogówki miąższowem (*keratitis parenchymatosa*) ku końcowi drugiego i w trzecim okresie choroby.

4. Przy zmętnieniach rogówki świeżego pochodzenia; stosowanie masażu w tym razie musi być dosyć długie.

5. Przy trachomacie stosowanie masażu tak sposobem Kostomyris'a [z proszkiem kwasu bornego], jakoteż Keining'a (*sol. sublimati* 1—2‰] oraz Fick'a [proszek jodoformu] nie zawsze szybko i na pewno prowadzi do celu. Natomiast masaż po zapędzlowaniu siarczanem miedzi w t. zw. brodawkowych formach trachomatu, znacznie przyśpiesza sprawę leczenia. Masuje się nie przy pomocy ciała obcego, lecz przez bezpośrednie tarcie obu chorych powierzchni powiek o siebie.

6. Pominąwszy skuteczność masażu przy niedojrzałych zaćmach (*iridectomia preparatoria*), K. zwraca uwagę na przyśpieszenie rezorbcyi kataraktalnych mas po dyscyzyach.

7. Przy przewlekłych jaskrach (*glaucoma*) masaż zmniejsza bóle i obniża ciśnienie wewnątrzgałkowe.

8. O skuteczności masażu przy *episcleritis* i *scleritis* sprawozdania wszystkich autorów są jednozgodne.

9. O ile można się spodziewać pomyślnych rezultatów od leczenia masażem takich chorób, jak: *embolia arteriae centr. retinae*, *atrophia nervi opt.*, *oblatio retinae*, *iritis plastica* i t. d., przyszłość dopiero wykaże.

K. spodziewa się, że masaż w okulistyce w przyszłości coraz szersze znajdzie zastosowanie.

W dyskusyi Likiernik, Markowski i Berenstein zwracają uwagę na to, że z referatu K. możnaby sądzić, że masaż w okulistyce ma bardzo rozległe zastosowanie, gdy tymczasem, oprócz niektórych przypadków *kerat. fascicul.*, w których działa bardzo skutecznie i niejakiego wpływu przy *trachoma*, masaż w okulistyce gra bardzo podrzędną rolę.

Saks wyraża zdziwienie, że stosują masaż przy *hypopion keratitis*, zasadą bowiem jest, że tkanki podległe ropieniu pozostawia się w spokoju.

K. odpowiada, że przytaczał głównie zdanie o masażu z literatury; Saksowi, że rogówka, jako tkanka beznaczyniowa, widocznie inaczej się zachowuje, niż inne tkanki.

(D. n.)

Wiadomości drobne.

— Riedel zwraca uwagę, że przy przewlekłem, nie gruźliczem zapaleniu otrzewnej z biegiem czasu tworzą się znaczne zgrubienia i zrosty rozległe, zwłaszcza na krezce kiszki grubej; krezka kątnicy esowatej nieraz bywa do tego stopnia ściągnięta bliznowato, że górna i dolna część kiszki przylegają do siebie bezpośrednio, a na-

wet zrastają się ze sobą; w innych odcinkach jelit możemy znaleźć podobneż zmiany, lecz daleko rzadziej. Jako skutek kurczenia się krezki na pierwszy plan występuje zatrzymanie mas kałowych, prowadzące do objawów zupełnej niedrożności; po za tem wskutek nieprawidłowości ruchów robaczkowych może powstać wpochwienie, skręcenie kiszki i t. d.. Jeżeli podobne zmiany bliznowate mieszczą się z prawej strony jamy brzusznej w górnej jej części, wówczas tworzą się warunki do powstania nerki wędrującej. Przy objawach niedrożności na tle opisywanego zapalenia otrzewnej należy wpierw usunąć ową niedrożność za pomocą lawatyw i t. d. i dopiero później, próbować za pomocą laparotomii rozrywać zlepy, zrosty i t. p., choć od tego wiele spodziewać się nie można.

(*Beilage zum Centr. f. Chir. 1898. Nr. 26*). *E. L.*

Wiadomości bieżące.

— Wydawnictwa podręczników chirurgicznych, rozpoczętego siłami zbiorowemi w końcu r. z., wyszło dotychczas 6 zeszytów po 10 arkuszy każdy. Chirurgii ogólnej Billroth'a, Winiwarter'a w przekładzie kol. Skłodowskiego i Wit. Żurakowskiego wyszły 2 zeszyty. Chirurgii szczegółowej Hueter-Lossen'a w przekładzie kol. Leśniowskiego, Szumlańskiego i Łapińskiego wyszły 3 zeszyty. Chirurgii operacyjnej Kocher'a w przekładzie kol. Karczewskiego wyszedł zeszyt I-szy.

— D-r Ludwik Świstalski habilitował się jako docent położnictwa i ginekologii w Uniwersytecie Jagiellońskim.

— **Prace oryginalne w czasopismach lekarskich polskich.** *Nowiny Lekarskie.* № 10. Wicherkiewicz. O zwiotczeniu skóry powiekowej, powodującem opadnięcie powieki. Haszkowec. Porażenie wrzekomo opuszkowe (*paralysis pseudobulbaris*). Radojewski. Nowy sposób wydobycia następującej główki przy mocno zwężonej miednicy. — *Przegląd Lekarski.* № 41. Marischler. Przypadek nadmiernego pocenia się, ograniczonego do górnej połowy ciała z badaniem przemiany materyi. Wiczkowski. O rokowaniu w nerkowych chorobach zapalnych. [Dok.]. Dika. W sprawie leczenia wrzodów podudzia. — *Medycyna.* № 42. W. Szumowski. Przyczynek do badań toksykologicznych i chemicznych nad lasecznikiem gruźlicy. Grosglik. Przypadek urazowego rozdarcia cewki kroczowej oraz uwagi o leczeniu ciężkich urazów cewki. — *Kronika Lekarska.* № 20. I. Strzemiński. Rozmiękczenie samodzielne gałki ocznej (*Ophtalmomalacia esentialis, v. phthisis essentialis bubi oculi*). J. Brunner. Najnowsze prądy w nauce o odporności. [Dok.].

DO PP. PRENUMERATORÓW.

Upraszamy o wczesne nadsyłanie przedpłaty za 4-ty kwartał r. b.; tych zaś Pp. Prenumeratorów, którzy zalegają z opłatą, upraszamy o rychłe uregulowanie rachunków.

Do dzisiejszego N-ru Gaz. Lek. dołącza się bezpłatnie dla wszystkich prenumeratorów „Katalog nowych dzieł“ księgarni E. Wende i S-ka za m. Sierpień i Wrzesień 1898.

Wydawca, D-r **St. Kondratowicz.** Redaktor odpowiedzialny. D-r **Wł. Gajkiewicz.**

Дозволено Цензурою, 8 Октября 1898. Druk K. Kowalewskiego, Warszawa Mazowiecka 8.

APTEKA
E. GESSNERA

Aleja Jerozolimska Nr. 27, róg Kruczej

W WARSZAWIE.

Dragées.

Dragées acid arsenicos 0,001
„ aloes 0,10
„ balsam. peruviani 0,05
„ „ „ 0,05 c. acid. arsen. 0,001
„ chinini ferro-citrici 0,05
„ „ muriatici 0,05
„ „ sulfurici 0,05
„ Camphor. bromat. 0,05
„ extr. Cascar sagrad. fluid. 0,5
„ „ hydrast. Canadens. fluid. 0,5
„ „ rhei comp. 0,05
„ „ „ simpl. 0,05
„ „ Valerianae spir. 0,10
„ ferii albuminati 0,5
*) „ „ carbonici Blaudii minor āā 10,00=100.
*) „ „ „ Blaudii major āā 15,00=100.
*) „ „ „ Blaudii c. acid. arsen. 0,001.
„ „ „ Valleti
„ „ dialisati peptonati 0,05
„ „ lactici 0,05.
„ „ oxydulatati Kirchmani
„ Gujacoli Carbonici 0,05
„ „ 0,05 c. extr. belladon. 0,001

Granulae.
á 0,0005

Granulae c. Atrophin sulfur Merck.
„ „ Digitalin. pur. Germ. Merck.
„ „ Strichnin arsenicos. Merck.
„ „ „ nitric Merck.
„ „ Strophantin. Merck.

à 0,001

„ „ acid. arsenicos. pur. alb. et ros.
„ „ Apomorphin muriat. Merck.
„ „ Cocain. muriat. Merck.
„ „ Codein pur.
„ „ Chinini arsenicos. pur.
„ „ ferr. arsenicos. pur.

Pilulae.

Pilulae Extr. rhei simpl 0,05
„ „ Cascar. sagrad. fl. 0,5 c. Cacao obd.
„ ferri Carbonic. Valleti c. argent. obd.
„ „ „ „ „ Cacao obd.
*) „ „ Carbonici-Blaudii minor āā 10,0=100.
„ „ „ Blaudii major āā 10,0=100.
„ Kreozoti fagi 0,05 c. Cacao obd.

Dragées.

Dragées guajacoli 0,05
„ „ 0,10 c. codenini 0,01
„ „ 0,05 c. acid. arsenicos. 0,001
„ hydrastinini hydrochlorici 0,025
„ ichtyoll 0,05.
„ jodoformi 0,05
„ „ „ c acid. arsenicos. 0,001
„ „ „ c. extr. belladon. 0,001
„ „ „ c. morph. muriatic. 0,004
„ Kreosoti Carbonici 0,05
„ „ Fagi 0,03
„ „ „ 0,05
„ „ „ 0,05 c. acid. arsenicos. 0,001
„ „ „ 0,10
„ „ „ 0,10 c. acid. arsenicos. 0,001
„ „ „ 0,15
„ „ „ c. balsam tolutan. āā 0,05
„ pieis 0,05
„ pulv. rad. rhei 0,10

Granulae.
à 0,001

Granulaec,. Kaii arsenicos. pur
„ „ Nart. arsenicici. pur.
„ „ „ arsenicos. pur.
„ „ Morphin. acetic. pur.
„ „ „ muriatic. pur

0,01

„ „ Podophilini pur.

á gutt I.

„ „ Liquor. arsenic. Fovleri
„ „ „ „ Pearsoni
„ „ Tinct. Strophanti

Pilulae.

Pilulae ferri Carbonic. Blaudii minor āā 10,0=100 c. argent. obd.
„ „ Carbonic. Blaudii minor āā 10,0=100 c. Cacao obd.
„ „ Carbonic. Blaudii major āā 15,0=100 c. argent. obd.
„ „ Carbonic. Blaudii major āā 15,0=100 c. Cacao obd

} zielone w rozłamie.

„ pepsini 00,5 c. Cacao odb.

*) Zielone w rozłamie.

Dragées i granulki cukrem powlekane, zarobione są zupełnie obojętnymi środkami, jak korzeniem ślazowym i wyciągiem lukrecjowym.

Wszelkie zamówienia na drażе i granulki z żądaną kompozycją apteka jaknajchętniej przyjmuje, lecz w ilości nie mniejszej jednego funta, ponieważ powlekanie cukrem (drażowanie) małych ilości tak pigułek jak i granulek jest niemożliwem. 44—16