

GAZETA LEKARSKA

I. Syfilis dziedziczny wczesny.

(LUES HAEREDITARIA RECENS).

Podał

Feliks Malinowski,

Lekarz ambulatoryum Szpitala Ś-go Łazarza.

(Rzecz, czytana na Posiedzeniu Tow. Lek. w Warszawie d. 31. V. 1904 r.).

Określenia syfilis „dziedziczny“ używam nie w znaczeniu biologicznem, lecz w znaczeniu udzielaniu jaju zarazka specyficznego przez rodziców.

Możność wczesnego i dokładnego rozpoznania syfilisu dziedzicznego jest sprawą nadzwyczajnej wagi dla dermatologów, pedyatrów i lekarzy praktyków. Możemy w ten sposób udzielić dziecku skutecznej pomocy, a mamkę uchronić od zarażenia się syfilisem. Zaś nieuzasadnione podejrzenie może przyczynić się do śmierci ssawca, pozbawiając go pokarmu mamki ze względu na jej bezpieczeństwo. Czasem odpowiednie rozpoznanie może być dla rodziców dziecka użytecznem przez zwrócenie uwagi na ich cierpienie, przeoczenie lub zapomniane, a z drugiej strony może uchronić od niestudnych podejrzeń i t. d.

Tak ważna sprawa, jak objawy dziedzicznego syfilisu, ma jednak wiele jeszcze punktów niejasnych.

W naszej literaturze już niejednokrotnie zabierano w niej głos, że wspomnę RABKA: „Objawy, rozpoznawanie i leczenie syfilisu dziedzicznego wczesnego, BRUDZIŃSKIEGO: *Dermatitis posterosiva papulosa*, odczyt BRUDZIŃSKIEGO w Tow. Lekarskiem: „Syfilis dziedziczny u niemowląt, jego rozpoznawanie, karmienie niemowląt, obarczonych tem cierpieniem“, dyskusyę, wywołaną tym odczytem z udziałem KOZERSKIEGO i DASZKIEWICZA; WIŚNIEWSKIEGO „Przyczynę do syfilisu u dzieci“; DASZKIEWICZA „Kilka słów o najwcześniejszych objawach syfilisu dziedzicznego“; Listy otwarte do Red. „Medycyny“ RABKA i DASZKIEWICZA.

Zdania wyżej wymienionych lekarzy nie zgadzają się z sobą; niektóre są nawet różne od przyjętych przez ogół syfilidologów; dlatego też w tej sprawie głos zabieram, korzystając z obfitego materiału w ambulatoryum Szpitala

Ś-go Łazarza i w oddziałach Domu Wychowawczego przy Szpitalu Dzieciątka Jezus w liczbie przeszło 150-u przypadków wczesnego syfilisu dziedzicznego, w ciągu paru ostatnich lat tam spostrzeganych. Przytem główną uwagę zwracam na objawy skórne.

W syfilisie dziedzicznym, t. j. otrzymanym drogą spadku, rozróżniamy 3 okresy: 1) syfilis dziedziczny płodu (*syphilis haereditaria foetalis*), 2) wczesny syfilis dziedziczny (*syphilis haereditaria recens*) i 3) późny syfilis dziedziczny (*syphilis haereditaria tarda*).

Syfilis dziedziczny wczesny, będący przedmiotem niniejszego odczytu, obejmuje czas od chwili urodzenia się dziecka aż do 2—3 roku jego życia.

Objawy wczesnego syfilisu widzimy na noworodkach albo w chwili przyjścia ich na świat, albo też dopiero po kilku, kilkunastu dniach, tygodniach, a nawet miesiącach. Cierpieniem może być dotknięty każdy organ dziecka oddzielnie lub też w pewnych połączeniach. Najczęściej, a przynajmniej najwyraźniej, bywa dotkniętą skóra. Ogólny wygląd skóry dzieci, obarczonych syfilisem dziedzicznym, może nie różnić się od skóry dzieci zdrowych, szczególnie, gdy objawy zaczynają się ukazywać w późniejszym czasie. Najwybitniejsze zmiany dostrzegamy wtenczas, gdy syfilis dziedziczny wstępuje wczesnie, jak np. w pęcherzycy syfilitycznej noworodków. W tych razach noworodki są mniejsze, niż normalnie; skóra ich cienka, obwisła, pomarszczona, koloru żółto-ziemistego, wygląd twarzy starczy, mięśnie nierozwinięte. Krzyczą one bardzo słabym głosem, źle ssą i łatwo ziębną. Ten ogólny wygląd nie jest bezwzględnie charakterystycznym dla syfilisu dziedzicznego: świadczy on tylko o charłactwie, o złym stanie ogólnym, będącym często następstwem przedwczesnego porodu, cierpienia narządów wewnętrznych i t. d. Daleko więcej znamionami są wysypki skórne, dla których JACQUET proponuje nazwę *exanthema erythemato-papulosum polymorfe* ze względu na różnorodność elementów, wchodzących w ich skład, przyczem ma miejsce prawie niedostrzegalne przejście od jednej wysypki do drugiej.

Noworodek mógł przebyć wysypkę podczas życia wewnątrzmacicznego a o istnieniu syfilisu niekiedy świadczą zabarwione plamy na skórze, dość wyraźnie ograniczone.

Kilka miesięcy temu przyniesiono mi do ambulatoryum Szpitala Ś-go Łazarza kilkodniowego noworodka, zrodzonego z rodziców syfilitycznych, u którego na górnych i dolnych kończynach dostrzegłem kilkanaście plam wielkości mniej więcej 5, 10 kop., ciemno-brązowo zabarwionych, obok kilku głębokich owrzodzeń. Oprócz tego noworodek miał niezbyt nosa. Przypuszczam, że dziecko *in utero* przechodziło *pemphigus syphiliticus*, który jest uważany za najwcześniejszą wysypkę u dzieci, obarczonych dziedzicznym syfilisem.

Pęcherzyca syfilityczna (*pemphigus syphiliticus*) najczęściej bywa obecną już w chwili przyjścia dziecka na świat, a do nadzwyczaj rzadkich należą te przypadki, gdy okazuje się ona po 7-ym dniu od urodzenia. DIDAY jest zdania, że cierpienie to może się zjawiać już w 6 — 7-ym miesiącu życia *in utero*. Ulubionem miejscem pęcherzycy są podeszwy i dłonie, rzadziej inne miejsca kończyn, a bardzo rzadko tułów i twarz. HOCHSINGER czas powstawania i umiejscowienia pęcherzycy objaśnia w ten sposób, że gruczoły skóry rozwijają się po-

między 6 i 8-ym miesiącem ciąży. W tym to czasie następuje silniejszy przyływ krwi, a więc i jadu do miejsc skóry najczęściej unaczynionych, jakimi są gruczoły potowe, najliczniej i najsilniej rozwinięte na dłoni i podeszwie. Ropno-surowiczny wysięk, występujący skutkiem podrażnienia obfitą ilością jadu, nie mogąc w wyżej wymienionych miejscach rozerwać grubej warstwy naskórka, tworzy pęcherze. Pęcherze te średnicy od 2 mm.—1½ cm., napelnione z początku mętnawą, a następnie ropną zielonawą i krwistą zawartością, są najczęściej obwisłe, okrążone brzegiem żywo czerwonej barwy. Pęcherze, powiększając się, łączą się i tworzą *phlyctenae*. Na miejscu pęcherza, po częściowem wessaniu się jego zawartości, może tworzyć się brunatny strupek, lub też pęcherz pęka, odsłaniając warstwę skóry zaczerwienioną i nacieczoną, na której następnie wydzieliną ropna z domieszką krwi zasycha w strupek, albo też tworzą się głębokie owrzodzenia, bardzo wycieńczające noworodków. Skóra między pęcherzami wydaje się więcej ciemną, niż na innych miejscach ciała. Gdy wysypka rozpoczyna się dopiero po urodzeniu, to przedewszystkiem we wspomnianych miejscach zjawiają się plamy czerwono-winne, wielkości soczewicy, z jeszcze ciemniejszym zabarwieniem i lekkim nacieczeniem pośrodku. Po 2—3 dniach na środku ich zaczynają się tworzyć pęcherze, szybko się powiększające i rozszerzające odśrodkowo. Współcześnie z taką pęcherzycą zawsze wykrywamy nieżyt nosa i bardzo często ciężkie cierpienie organów wewnętrznych. Takie noworodki tracą szybko na wadze i umierają przed 3-im tygodniem życia, a rzadko bardzo życie ich przewleka się do 3-go miesiąca. Z pomiędzy 6 widzianych przeze mnie dzieci, dotkniętych tem cierpieniem wszystkie umarły w przeciągu pierwszych paru tygodni. Jedno z nich tem się odznaczało, iż na podeszwach i dłoniach widać było pęcherze wielkości orzecha włoskiego; na bocznych powierzchniach palców i grzbietowych powierzchniach rąk i stóp pęcherze nie przechodziły wielkości bobu; na голениach dostrzegłem kilka takież wielkości grudek obok plam. Jednem słowem cała gama przejść, wskazująca na rumieńcowo-grudkowe pochodzenie *pemphigus syphiliticus neonatorum*, jak chce MAURIAU i JACQUET. Noworodek ten, umieszczony na oddziale, zmarł w 8-ym dniu życia.

Tego rodzaju cierpienie ściśle specyficzne odróżniać trzeba od pęcherzicy noworodków, nie wywołanej syfilisem dziedzicznym, lecz gronkowcami. Ta ostatnia zjawia się pomiędzy 2 i 5-ym tygodniem życia, nagle, mimo dobrego ogólnego stanu organizmu. Najulubieńszem umiejscowieniem jej są: tułów, rzadziej twarz i górne części kończyn, a najrzadziej podeszwy i dłonie. Pęcherzy bywa zwykle duża ilość. Wielkość ich waha się pomiędzy grochem i gołębkiem jajem, zawartość mętnawa. Bardzo często pomiędzy pęcherzami dostrzegamy *pustulae impetiginis*. Słusznie ESCHERICH proponuje dać nazwę tej chorobie *impetigo bullosa infantum*.

Wobec powyższego, jak się zapatrywać na notatkę WIŚNIEWSKIEGO, wyliczającego spostrzegane przezeń przypadki syfilisu dziedzicznego? Pomiedzy nimi wylicza on 3 przypadki *pemphigus neonatorum* u dziecka miesięcznego, 10-o miesięcznego i 22-u miesięcznego. Jeśli to był tylko *pemphigus neonatorum*, to nie można go pomieszczać pomiędzy objawami *lues hereditaria*. Przeciwno zaś specyficzności tej pęcherzicy przemawia wiek dzieci.

Do późniejszych wysypek, niż pęcherzyca syfilityczna noworodków, należą wysypka plamista i grudkowa lub, co się najczęściej zdarza, plamisto-grudkowa. Są one bardzo rzadkie w pierwszym tygodniu życia noworodka; od drugiego tygodnia zaczynają się zjawiać częściej; najczęściej jednak w drugim i trzecim miesiącu życia; w następnych miesiącach coraz rzadziej, a po roku ogólna wysypka należy do rzadkości.

Różyczkę [*roseola*] jedni przyjmują, inni zaś twierdzą, że może być obecna tylko w syfilisie nabytym. MAURIAC jednak przypuszcza, że niekiedy, nader wyjątkowo, może ona się zjawiać, zwykle odrazu na całej przestrzeni, niknie szybko, poprzedzając inne objawy stalsze i więcej charakterystyczne. Do takich przedewszystkiem należy wysypka plamista (*exanthema maculosum*). Ukazuje się ona stopniowo, tak że można zwykle odróżniać wykwity późniejsze od wcześniejszych. Plamy mają postać okrągłą albo podługowatą, wielkość od 1 mm. do 4 cm. i więcej w średnicy. Wykwity te bywają z początku różowo-czerwone; powiększając się co do ilości i wielkości, szybko ciemnieją, przybierają zabarwienie miedziano-czerwone. Plamy mogą być różowe z odcieniem żółtym, niekiedy blade i ledwo dostrzegalne. Przy naciskaniu palcem plama niknie, zostawiając po sobie ciemno-żółte albo brązowe zabarwienie, zależne od osadzającego się w tkankach barwnika krwi.

W syfilisie dziedzicznym wysypka plamista przeważnie i przedewszystkiem zjawia się na dolnej części tułowia i na udach, a następnie na twarzy, na ostatniej zaś najwięcej plam bywa w bliskości podbródka i szyi. Niekiedy wysypka, gdy jest bardzo obfita, może mieć pewne podobieństwo do odry, lecz wysypka syfilityczna ma granice ostrzej zarysowane i więcej równomierne czerwone zabarwienie. *Roseola simplex neonatorum* występuje odrazu, trwa znacznie krócej i składa się z plam liczniejszych i czerwieńszych. Wysypka plamista trwa wiele tygodni; niekiedy lekko się łuszczy i plamy znikają, zostawiając po sobie zabarwienie. Częściej jednak współcześnie z plamami zjawiają się grudki (*papulae*), lub też plamy stają się bardziej nacieczone, podnoszą się i przybierają postać grudki. Grudki bywają rozmaitej wielkości, czasem duże, wielkości 1 cm. w średnicy i więcej, barwy ciemno-czerwonej, fioletowatej, często jednak żółtej. Powierzchnia grudek bywa płaską, albo też posiada zagłębienie w środku. Warstwa rogowa, przykrywająca grudki, wydaje się często zupełnie gładką, cienką, o powierzchni błyszczącej, co się przedewszystkiem zdarza na wypukłych miejscach, np. na zewnętrznych powierzchniach goleni i uda u dobrze odżywianych dzieci. W innych razach warstwa rogowa się łuszczy: grudkę pokrywa cienka łuska lub małe łuski w kształcie otrąb. Czasem błyszczą one srebrzyście, jak w zwykłej łuszczycy (*psoriasis*). Taka *psoriasis syphilitica*, *papulae squamosae*, mogą się rozprzestrzeniać po całym ciele i najwydatniejsze bywają na dłoniach i podeszwach. Między opisanymi dużymi grudkami a wykwitami wielkości soczewicy, a nawet łebka szpilki, można spotykać różnej wielkości wysypkę. W syfilisie dziedzicznym nawet częściej, aniżeli w nabytym, zdarza się drobno-grudkowa wysypka. Niekiedy widzimy dzieci ze skórą, zupełnie jakby usianą maleńkimi grudkami na twarzy, tu-

łowiu i kończynach. Szczególniej obficie występują one w fałdach zgieć. W innych razach, zwłaszcza na twarzy, spotykamy tylko nieliczne grudki w grupach. Największego rozwoju dosięgają one na brodzie, podbródka, gdzie się często zlewają. Na czole grudki rzadko kiedy przekraczają linię uwłosienia. Na organach płciowych są one więcej wyniosłe i porozrzucane. Rzadko bardzo grudki, szczególnie większych rozmiarów, dają się dostrzegać na tułowiu i kończynach górnych. Po pewnym przeciągu czasu, zwykle kilku tygodniach, środkowa część grudki zapada się, skutkiem czego brzegi wyraźniej wystają i przybierają postać talerzyka. Jeśli się grudki rozszerzają i zlewają z innymi podobnymi, tworzą girlandy i t. p. Tego rodzaju wykwyty widzimy w syfilisie dziedzicznym nadzwyczaj rzadko. CARPENTER na 364 przypadki widział 4. Dostrzegłem raz jeden na bocznych częściach uda parę *papulae annulares*, wielkości $1\frac{1}{2}$ cm. w średnicy, zabarwionych ciemno brązowo pośrodku, z których kilka, łącząc się, tworzyło ósemki. Grudki mogą się zlewać w obszerne nacieczenia. Nacieczenia te są wyraźnie wzniesione nad powierzchnią skóry, granice mają ściśle oznaczone linią zygzakowatą, niekiedy nerkowatą. Zjawiają się one przeważnie na pośladkach, na plecach, na łokciach i twarzy; mogą być jednakowoż i na innych miejscach, jak np. w przypadku KAPOSI'EGO na podszewkach. Podobnych przypadków widziałem 9 i zawsze obok nacieczeń obszernych spostrzegałem typowe grudki. Niekiedy brzeg bywa więcej nacieczony, niż środkowa przestrzeń, tworzy się rodzaj wału i w wale tym od czasu do czasu dają się wyraźnie odróżnić pojedyncze grudki. Konsystencya takiego nacieczenia, szczególnie jeśli skórę ująć w fałdę, jest wyraźnie twardą. Zabarwienie bywa rozmaite, zależnie od czasu trwania i miejsca. W początkowych okresach są one zwykle barwy jasno-czerwonej, później miedziano-czerwonej brązowej, a w końcu żółtawo-kawowej. Niektóre nacieczenia są gładkie, świecące, jakgdyby pokostem wysmarowane, inne matowe. Często na tych nacieczeniach skóra się łuszczy drobno lub całymi kawałkami; w ostatnim razie łuski mogą tworzyć rodzaj łódek, silnie przystających pośrodku, z podniesionymi brzegami.

Typowym pod tym względem był przypadek, który spostrzegałem przed niedawnym czasem w Domu Wychowawczym: noworodek prócz nieżyty nosa miał na twarzy błyszczące, jakby pokostowane nacieczenie w postaci motylka koloru czerwonego, z ściśle oznaczonymi brzegami, na łokciach blado-czerwone nacieczenie, okrążone wałeczkiem, w którym można było dostrzedz pojedyncze grudki. Oprócz tego jedno olbrzymie nacieczenie, obejmujące grzbietową dolną część tułowia, pośladki i większą część dolnych kończyn; na pośladkach nacieczenie blado-czerwone, świecące, z olbrzymimi blaszkami, na dolnych kończynach i tułowiu—nacieczenie matowe z brzegami, jak na łokciach. Na płamach i grudkach mogą się tworzyć pęcherzyki. Według JACQUET'a bywa to między 15-ym dniem a 2 miesiącem życia ssawca. Wtedy na miejscu łuseczek środkowych naskórek się podnosi i tworzą się pęcherzyki, które ulegają szybkim zmianom. Najmniejsze pęcherzyki mają po parę milimetrów w średnicy, lecz mogą być 2 i więcej razy większe i są czasem dość gęsto zgrupowane. Takie pęcherzyki według HEUBNER'a mogą się tworzyć na czerwonych płamach

i grudkach dłoni, podeszwy, na plecach, brzuchu, udach i twarzy, —jednym słowem analogiczne zjawisko do *pemphigus syphiliticus neonatorum*. Niekiedy pęcherzyki pękają i tworzą strupki, lub zawartość ich staje się mętną, pęcherzyki przemieniają się w krosty (*pustulae*), a te bardzo szybko wrzodzieją. Można zauważyć, że krosty te są tem liczniejsze i więcej rozwinięte, im wcześniej noworodek jest niemi dotknięty; przeważnie ma to miejsce u dzieci wycieńczonych, lub też tam, gdzie następuje ciągle podrażnienie kałem, moczem i potem, a więc na pośladkach i tylnych częściach ud, na mosznie i wargach wielkich... Pod wpływem podrażnienia następują zmiany w grudkach, np. w fałdach spotykamy żywe łuszczenie się naskórka albo nawet płytkie nadżarcia. Te syfilidy mają, jak zwykle, kontury ściśle zarysowane, okrągłe, wystające nad poziomem skóry. Powierzchnia ich jest niekiedy biaława, jakby pociągnięta *collodium*, niekiedy żółta, szara, dyfteroidalna. Zwykle zabarwienie to jest wyraźniejsze pośrodku, niż po brzegach. Wykwity takie wydzielają płyn surowiczy z zapachem dość charakterystycznym.

W pewnych razach, gdy krosty są duże i wydzielają sporo ropy, możemy otrzymać nawet rodzaj niesztowu (*ecthymata*) i brudźców (*rupia syphilitica*), pod którymi skóra bywa powierzchownie owrzodzoną. Właściwie jednak tak zwana *rupia syphilitica* (*Borkensyphilid*) zjawia się bez poprzedzania pęcherzami, wprost na rozlanych nacieczeniach skóry u dzieci seborroicznych i na gruncie *seborrhoeax*, a więc na owłosionej części głowy, na brwiach i t. d. Wydzielina wysycha szybko i tworzy czasem ze strupów jakby hełm. Strup nie jest nigdy, jak w *eczema seborrhoicum*, słomiano-żółtego koloru, lecz żółto-brązowego, przytem można go łatwo bez krwawienia oderwać. Zwykle w niektórych miejscach z pod strupów dostrzegamy brzegi nacieczone brązowo czerwone; świecą one, jak pokostowane, nigdy nie ciekną.

Do rzadszych jeszcze, niż poprzednie, zjawisk w syfilisie dziedzicznym należy trądzik (*acne syph.*). *Acne* tworzy małe, twarde, bolesne grudki, które przez zropienie zawartości przechodzą w krosty. Umiejscawiają się one przeważnie na piersiach, plecach, ramionach i pośladkach, mogą albo się wsysać, albo też tworzą strupek, który odpada, pozostawiając powierzchowną bliznę. MAURIAĆ uważa *acne syphil.* za pewien rodzaj zropiałych pośrodku grudek.

Niewłaściwie do objawów znamienych syfilisu dziedzicznego niektórzy zaliczają *dermitis erythematosą*, *erythemato squamosą*, *papulosa* i *ulcerosa*. Wszystkie te postaci zapaleń skóry są z sobą w ścisłym związku: jedna może poprzedzać drugą, jedna może być rozpatrywana jako wyższy stopień drugiej.

Dermatitis erythematosą simplex i *dermitis erythematosą squamosą* występują u noworodków i ssawców na miejscach przedewszystkiem wypukłych. Na pośladkach i mosznie, na twarzy i podbródku, na dłoniach i podeszwach, szczególnie na piętach, a rzadziej na innych miejscach zjawiają się plamy wielkości kopiejki, rubla i większe; plamy te jasno-czerwone, gdy trwają dłużej, przybierają zabarwienie czerwono brązowe z odcieniem fioletowawym, mają postać tarczowatą bez ściśle oznaczonych granic, przechodzą niepostrzeżenie w zdrową skórę, nie wystają nad jej poziom, powiększają się z każdym dniem bez zmian w środku. Plamy te, spotykając się z sobą, tworzą szerokie przestrze-

nie zaczerwienionej i niezbyt silnie nacieczonej skóry. Naskórek w tych miejscach staje się coraz bardziej twardym, gładszym, jakby polakierowanym. Często po pewnym przeciągu czasu naskórek zaczyna się łuszczyć drobnymi łuszczykami, albo też olbrzymimi płatkami.

Dermatitis vesiculosa powstaje na gruncie *dermatitis erythematosa*. Najczęściej na brzegu jej znajdujemy pęcherzyki w postaci nieznacznych szarawych wzniesień, napełnionych przezroczystym albo mętnym płynem. Obok tych pęcherzyków widać już opadłe i wyschnięte.

Większe dla nas znaczenie, niż poprzednia postać, ma *dermatitis papulosa*, inaczej *erythema papulosum*, *syphilide lenticulaire de PARROT*, *erythemapapulosum posterosivum*, albo *syphiloide posterosive de JACQUET*. Opis tej postaci podają podług słów PARROT'a: „*Dermatitis papulosa* zjawia się tylko na pośladkach, na grzbietowych częściach ud, na łydkach, dolnej części moszny i wargach wielkich. Składa się ona z grudek soczewkowatych, bardzo spłaszczonych, albo półkulistych, nie mających nigdy więcej nad 1 cm. szerokości, fioletowawych lub czerwono-wisniowych. Środek ich, gdzie naskórek bywa cieńszy, gładszy i bardziej błyszczący, niż na obwodzie, jest rzadko jego pozbawionym, ciekącym, wklęsłym...

Umiejscowienie tych grudek jest bardzo charakterystyczne; są one wyłącznie zgrupowane w postaci wysepek na 4-ch przestrzeniach, utworzonych przez fałdy skóry, których głębokość zależy od tuszy dziecka. Przestrzenie te są następujące: pośladki, górna i dolna grzbietowa część ud i łydki. Grudki najczęściej są rozwinięte na pośladkach, a zmniejszają się stopniowo ku dołowi. W każdej z tych przestrzeni środek jest bardziej zajęty, niż obwód, gdzie skutkiem wstecznych procesów występują one jako proste plamy“.

Do tego opisu wraz z JACQUET'em dodam, że obok grudek zawsze prawie spotykamy pęcherzyki świeże i nawpół zeschnięte, lub też nadżarcia, i że grudki mogą się zlewać i naśladować odpowiednie wysypki syfilityczne. Trwa to cierpienie rozmaicie: od kilku dni do paru tygodni, a to zależnie od warunków. Geneza tego cierpienia nie jest zupełnie jasną: pleśniawki jak przypuszcza VALLEUX, podrażnienie kałem, szczególnie kwaśnym i zielonym, działanie ucisku i tarcia, *athrepsia*. Jednakowoż pleśniawki mogą być nieobecne, *dermatitis* może poprzedzać biegunkę i zjawiać się u dzieci dobrze odżywianych. Według JACQUET'a ważną rolę tu odgrywa działanie systemu nerwowego naczyńioruchowego, uspasabiającego do chorób skóry; a wyżej wymienione czynniki potęgują, a nawet wywołują na takim gruncie powyższe cierpienia.

Niekiedy na nacieczonych miejscach tworzą się głębokie owrzodzenia z dnem czerwonym, lekko krwawiącym lub pokrytem żółtawym nalotem z brzegami nacieczonymi lub podminowanymi.

Wielu autorów, jak MADIER, CHAMPVERNEIL, HENOCH, BAGINSKY, VOGT-BIEDERT, CARPENTER, UNGER, SEITZ, DESCROISILLES, FILATOW, UFFELMANN, KAPOSI, NEUMAN, LESSER, JOSEPH, FINGER, ZEISSL zaznaczają w krótkości, że rozlane nacieczenia spotykają się w syfilisie dziedzicznym, i większość ich jest zdania, że pochodzą one ze zlania się pojedynczych plam i grudek. Nieco więcej uwagi poświęca tej postaci JULLIEN, a największą HOCHSINGER. Na 351 przypadków syfilisu dziedzicznego, notowanych przez niego i KASSOWITZ'a, widział HOCHSINGER *erythema* w 228-u przypadkach: 198 razy na podszewkach,

przeważnie piętach, 116-u na dłoniach, 94 na głowie, 33 na poślądkach, kończynach dolnych i górnych [bez dłoni i podeszew]. HOCHSINGER dochodzi do tego rodzaju wniosków, że *dermitis erythematososa* i *squamosa* nie występują w *lues haereditaria postconceptionalis* i *acquisita*, że poprzedzają inne wysypki tego rodzaju, że zaczynają się zjawiać od 2-go tygodnia życia. Nacieczenia specyficzne według HOCHSINGER'a trwają długo: parę, a nawet kilka tygodni i przybierają bardzo silne zaczerwienienie czerwono-bronzowe. Jednak twierdzi on, że tylko takie noworodki uważa za podejrzanę, które w pierwszych tygodniach życia obok *erythema* mają jeszcze nieżyt nosa, trwający dłużej, niż 8 dni, bez zajęcia łuków podniebienia, lub ewentualnie powiększoną wątrobę albo śledzionę. Zupełnie ignorują te nacieczenia w syfilisie dziedzicznym BLAISE, BERTI, HUTCHINSON, MUELLER [1000 przypadków s. h.], ROMNICEANO [723 przypadki s. h.], SEVESTRE, JACQUET, MAURIAK i t. d.

Jak więc się na tę sprawę zapatrywać, czy w pewnych razach *lues haered.* może przybierać taką postać, czy też zawsze będzie ona pochodzenia bezwzględnie syfilitycznego lub też niesyfilitycznego? Że nacieczenia mogą powstać ze zlania się pojedynczych grudek pochodzenia syfilitycznego, mówiliśmy wyżej. I HOCHSINGER o tem wspomina i włącza te przypadki do swojej wyżej zaznaczonej statystyki; podaje on nawet nader rzadką postać, widzianą przez niego raz tylko, gdzie *erythema* powstała skutkiem zlania się punkcikowatych pojedynczych wykwitów. Lecz mowa tu o rozlanem nacieczeniu. Już samo zalecanie ostrożności przez HOCHSINGER'a i ograniczenie znaczenia dyagnostycznego tylko do pewnych przypadków zdradza, że musiał on mieć do czynienia z dziećmi, posiadającymi te nacieczenia, a jednak nie dotkniętymi syfilisem. Istotnie, ten objaw znajdujemy często u dzieci zupełnie zdrowych, niema więc on bezwzględnego znaczenia dyagnostycznego. Że się spotyka u dzieci syfilitycznych, można to objaśnić w ten sposób, iż dzieci takie, jako słabsze życiowo, mają większą skłonność do wszelkiego rodzaju chorób skóry, np. choćby wrzodzianek. Szczególną uwagę mają dla mnie obserwacje ambulatoryjne, gdzie badałem rodziców dzieci; mam zanotowanych 18 przypadków, gdzie u noworodków i ssawców zauważyłem *dermitis erythematososa* i *erythemato-squamosa* na poślądkach i przede wszystkim na piętach [z tych 5 z ciemno-bronzowemi nacieczeniami i 2 z głębokimi wrzodzeniami na piętach]. Jednakowoż ani wywiady, ani badanie rodziców, ani późniejsza obserwacja dzieci nie wzbudziła żadnych podejrzeń co do syfilisu. Były to przeważnie noworodki i ssawce z *eczema seborrhoicum* albo też z *urticaria scrophulos.*; można wprawdzie i u nich przypuszczać jakiś wpływ syfilisu w którymś z pokoleń, lecz w takim razie wszystkie objawy we wszystkich chorobach moglibyśmy do pewnego stopnia tłumaczyć syfilisem, gdyż wobec dość znacznego rozpowszechnienia tej choroby kto może zaręczyć, że jego dziadek lub pradziadek nie przechodził syfilisu? Ważnym dla mnie dowodem jest również ten fakt, że u dzieci syfilitycznych, obserwowanych w ambulatorych w liczbie blisko 100, tylko u 9-ciu widziałem te objawy, i to przeważnie nacieczenia słabo bardzo zaznaczone, z tej liczby 2 *erythemata desquamativa lamellosa*. Dodam, że w ambulatoryum te dzieci uważam za obarczone dziedzicznym syfilisem, które albo posiadały znamienne objawy syfilisu, jak np. *exantemata maculosa*, *papulosa*, *condylomata plana*, lub też takie dzieci, które miały mniej znamienne cechy, np.

długotrwały niezbyt nosa, lecz w anamnezie u rodziców syfilis. Dodam także, że nie spostrzegłem ani jednego takiego przypadku, w którym wobec anamnezy syfilisu u rodziców i braku jakichkolwiek symptomatów tej choroby u dzieci, dałoby mi się dostrzedz *erythema simplex* albo *desquamativum*. W Domu Wychowawczym również nadzwyczaj rzadko spotykałem te rumienie u dzieci, obarczonych syfilisem dziedzicznym. Nadmienię, że w Domu Wychowawczym można zawsze obserwować sporą liczbę dzieci z mniej lub więcej nacieczonymi piętami i pośladkami i że często te nacieczenia po kilku lub kilkunastu dniach giną bez śladu. Jeszcze więcej dzieci można obserwować z słabo błyszczącymi stopkami i nie będę się nawet trudził dowodzeniem nieswoistości tego ostatniego zjawiska.

Nie możemy więc wbrew twierdzeniom KOZERSKIEGO i DASZKIEWICZA nadawać tak ważnego, prawie decydującego znaczenia tym nacieczonym i błyszczącym stopom. Że 4 noworodki czy też ssawce, jak przytacza DASZKIEWICZ, z słabo błyszczącymi stopkami zaraziły syfilisem mamki, wydaje mi się równoznacznem temu, że dzieci w okresie *lues latens* mogą jednakowoż zarazić mamkę syfilisem. Dla KOZERSKIEGO ta *dermitis* na piętach jest bardzo podejrzana, a ma decydujące znaczenie, gdy przybiera barwę ciemno-brązową. Zbijając wątpliwości BRUDZIŃSKIEGO co do swobodnego znaczenia nacieczenia pięt, przytacza KOZERSKI przypadek, który ma usunąć wszelkie wątpliwości. Chodzi mianowicie o „doskonale rozwinięte i odżywione dziecko, co do którego K. wyraził podejrzenie istnienia syfilisu na zasadzie bardzo subtelnego nacieczenia pięt. Koledzy oponenci odzywali się z powątpiewaniem o notatce. I K. pamięta wrażenie tychże kolegów, gdy dwie daty później wśród typowego brunatnoczerwonego nacieczenia powstały dwa wielkie głębokie owrzodzenia na obu piętach^a. Ten przypadek zupełnie mnie nie przekonywa. Jak zaznaczyłem, nawet brunatno czerwone nacieczenie nie decyduje przy rozpoznaniu syfilisu dziedzicznego: świadczy ono tylko o przewlekłym stanie zapalnym. Więcej niż w 10-u przypadkach widziałem głębokie owrzodzenia, na piętach u dzieci nie zdradzających nic podejrzanego pod względem syfilisu, i to przeważnie u dzieci dobrze odżywianych. Co do dwojga takich mogę z pewnością wyrazić, że ani one, ani rodzice ich nic podejrzanego w tym kierunku nie przedstawiają.

PARROT początkowo nie przypisywał rumieniowi *erythema papulo sum posteriosivum* swobodnego znaczenia; następnie dopiero, przyjmując *rhachitis* za sprawę syfilityczną, zaliczył ten rumień do rzędu *syphilide lenticulaire*. JACQUET wyświetlił niespecyficzność tego cierpienia i jego zdanie, jak sam mówi, było potwierdzone przez wszystkich prawie autorów, którzy się tą sprawą zajmowali: SEVESTRE, CADET de GASSICOURT, MOUSSOUS, MENAHEM HODARA i t. d. i przez takie autorytety, jak E. BESNIER, A. FOURNIER.

W ambulatoryum Szpitala ś-go Łazarza w 9-ciu przypadkach widziałem *dermitis posterosiva*, gdzie ani u dzieci, ani u matek nie znalazłem oznak syfilisu. Z tych w 5-ciu razach badałem oboje rodziców, nie znajdując nietylko śladu syfilisu, ale nawet nie mogąc go podejrzewać. W Domu Wychowawczym statystyki nie prowadziłem, lecz przypuszczam, że liczba widzianych tam przezemnie przypadków *dermitis posterosiva* znacznie przenosi setkę. W kilku razach istotnie ta postać

istniała współcześnie z objawami syfilisu, lecz zawsze prawie jako następstwo biegunki.

KOZERSKI, przemawiając przeciwko twierdzeniu BRUDZIŃSKIEGO co do nie swoistości *erythema papulo sum posterosivum*, w autoreferacie z dyskusji posługuję się następującymi dowodami: 1) przytaczanie faktów, że ta wysypka bez leczenia przechodzi, nie dowodzi niczego. „Wszak niema takiego objawu syfilisu, nie wyłączając nawet owrzodzonych gumiaków, które nie byłyby w stanie samodzielnie zgoić się lub zniknąć. Wszak każdy syfilidolog, spodziewając się wysypki u pacjenta, zapowiada mu, ażeby przedstawił się zaraz po ukazaniu się jej, bo czasem już po kilku dniach znika“. 2) Przytaczając jeden przypadek z własnej obserwacji i hipotezę FINGER'a co do rozprzestrzenienia się jadu, K. twierdzi, że nie wytrzymuje ścisłej krytyki ten dowód, że niemowlęta z podobnymi wysypkami mamek nie zarażały. 3) Na twierdzenie BRUDZIŃSKIEGO, że takie dzieci pozostały w dalszym ciągu bez objawów, przypomina KOZERSKI, że istnieje *lues haereditaria tarda* i że K. w Domu Wychowawczym znalazł niektóre dzieci z objawami późnego syfilisu. 4) K. przytacza poglądy JACQUET'a o niejasności, genezy tej sprawy, a co do badań anatomo-patologicznych HODARY jest zdania, że, „jeżeli wogóle możnaby było stawić rozpoznanie anatomo-patologiczne syfilisu, to czy możnaby znaleźć coś bardziej za nim przemawiającego, jak *endoarteritis* z bujaniem *endo-i perithelium*, jak to znalazł HODARA?“ 5) Co do przepisywania kąpieli sublimatowych przez JACQUET'a w dziale terapii, jak i co do poprzednich dowodzeń BRUDZIŃSKIEGO i JACQUET'a, „wydaje się KOZERSKIEMU wątpliwem, czy J. i B. dostarczyli niezbitych dowodów niesyfilicznej natury tych cierpień“, i K. zwraca uwagę na trudność dyagnozy różniczkowej.

Nie wdając się nawet w zbyt drobiazgową dyskusję, zaznaczę tylko, że *erythema papulosum posterosivum* przedstawia czasem znaczne podobieństwo do *exanthema papulosum*, *papulo-vesiculosum et ulcerosum syph.* Lecz wtedy zwracamy uwagę na obecność wysypki w innych miejscach oraz na to, czy *papulae erosae* gnieźdzą się w fałdach, czego niema w *dermitis posterosiva*; następnie na brak małych pęcherzyków naokoło *plaques erythemateuses*, przyczem trzeba uwzględnić inne symptomy bardzo ważne, np. choćby niezbyt nosa.

Że wszystkie objawy syfiliczne mogą samodzielnie zniknąć. to fakt, lecz zwrócę uwagę na długotrwałość objawów w syfilisie dziedzicznym, na pewnego rodzaju skłonność do recydyw, co nam znacznie ułatwia w porównaniu z dorosłymi rozpoznanie różniczkowe tych wysypek wobec często krótko trwających dermitów.

Że ssawce syfiliczne mogą nie zarażać mamek i że objawy wczesne syfilisu mogą się nie zjawiać, albo też przedstawiać się stale w postaciach nieznamiennych, niema nic nieprawdopodobnego, lecz brak objawów wczesnego syfilisu dziedzicznego należy do wyjątków, i cały szereg faktów obserwowanych, gdzie poza *erythema papulosum posterosivum*, nawet *coryza* się nie ukazywała, coby mogło chociaż pewne podejrzenia rzucać, będzie przemawiał przeciwko twierdzeniom KOZERSKIEGO. *Endoarteritis* z bujaniem *endo-i perithelium* jest cechą zamięnną w s z y s t k i c h wogóle zapalnych procesów chronicznych, a nie specjalnie syfilisu. Więcej zamięnną byłaby „*arteriitis syphilitica*“, gdzie

proces w tętnicach przedewszystkiem dotyka *adventitiam*, lub pewna postać tego procesu, „*arteriitis gummosa*“, lecz tego bynajmniej HODARA w swych badaniach nad dermitami nie znalazł.

Zaś kąpiele sublimatowe działają w dermitach nie inaczej, niż wszelkie inne środki odkażająco-oczyszczające.

Na wyżej wyluszczonej wątpliwościach, jako bardzo ważnych dla setek dzieci, pozwoliłem sobie dłużej się zatrzymać.

Do objawów skórnych, które właściwie należą do okresu późnego, lecz spotykają się przedwcześnie w pierwszych latach, należy *ezanthema tuberculosum* i *gummata*, o których też choć kilka słów powiem.

Tubercula syphilitica charakteryzują się wytworzeniem guziczków maleńkich wielkości łebka szpilki do ziarnka grochu i większych, leżących w powierzchniowych warstwach skóry. Skóra, pokrywająca guziczki, ma ciemnoniebronzowo-czerwoną barwę i lekko się łuszczy. Po powierzchniowym rozpadzie guziczków tworzy się gruby strupek. Ten syfilid najbardziej podobnym jest do wilka. Nader charakterystyczną cechą dla niego jest ugrupowanie w postaci koła, półkoła, pierścienia, podkowy, nerki i t. d. Dość rzadko, do 3-go roku życia, zdarzają się w skórze i w tkance podskórnej *gummata* — ograniczone syfilityczne ogniska. Są to półkuliste wydatności, miękkie na dotyk. Skóra, przykrywająca je, niezawsze bywa zaczerwienioną, czasem sinawą. Gumaty wrzodzieją dość łatwo i owrzodzenie posiada głębokie sadłowate dno i równe brzegi. Nacieczenia gummatyczne, przybierają zabarwienie sinawe, mają wielkie podobieństwo do *scrophulodermata* i często tylko specyficzna kuracja może wątpliwości wyjaśnić.

HUTINEL zwraca uwagę na rzadką postać owrzodzeń pępkowych gummatycznego pochodzenia. Niedługo po oddzieleniu się sznurka pępkowego pępek staje się nabrzmiąłym, nacieczonym, szczególnie pośrodku i w tem miejscu zjawia się owrzodzenie o wyglądzie kraterowatym i ze skłonnością niszczenia tkanek aż do otrzewnej. Po 14-u dniach rozpoczyna się proces gojenia, zostaje jednak głęboka, nader uporczywie opierająca się leczeniu przetoka.

Najwięcej cech znamiennych poza objawami skóry dostarcza dotknięta syfilisem błona śluzowa. Mowa tu przedewszystkiem o błonie śluzowej ust, gardła i odbytnicy. Objawy specyficzne zjawiają się w postaci papul, owrzodzeń, pęknięć i rozlanego kataru. Nadzwyczaj charakterystyczną dla syfilisu dziecięcego jest *coryza syphilitica*. Według wszystkich prawie autorów, że wspomnę tylko NEUMANA, MAURIAĆ'a, HOCHSINGER'a, CARPENTER'a, niema ani jednego przypadku *lues haereditaria*, w którym wcześniej albo później nie zjawia się ten syfilityczny katar. Bardzo często obserwujemy go już w pierwszym tygodniu życia; trwa on zwykle uporczywie tygodnie i miesiące i daje się niekiedy dostrzedz w 2 i 3 roku życia.

Nieżyt nosa syfilityczny objawia się rozlanem nabrzmieniem błony śluzowej nosa i wydzielaniem często krwawo-ropnej wydzieliny, która zasycha w postaci strupków w otworach nosa, skutkiem czego oddychanie nosem jest nadzwyczaj utrudnione, co się szczególnie widzi przy ssaniu, które staje się przerywanem. Nieżyt nosa występuje albo samodzielnie, albo też jednocześnie

z cierpieniem chrząstek i kości nosa. W 3-ch tylko przypadkach *lues haereditaria* nie widziałem tego objawu, i to 2 razy u noworodków, których mi więcej nie pokazano, i raz u dziecka rocznego, leczonego przez innego lekarza. W ostatnim razie nieinteligentna matka nie mogła sobie tego faktu, jak i wielu innych, o które ją pytałem, przypomnieć. Dodam jeszcze, że jeśli mamy „sapkę“, trwającą dłużej, niż 8—10 dni i bez zaczerwienienia łuków podniebienia, to zjawia się podejrzenie co do swoistości tej sapki. Podejrzenie przechodzi w pewność, gdy mamy do czynienia z dzieckiem w pierwszych miesiącach jego życia i gdy zarazem zaczyna się z nosa pokazywać ropno-krwista wydzielina.

DASZKIEWICZ niezbyt nosa w syfilisie dziedzicznym spostrzegał względnie rzadko [50%—60%]. Ten fakt może jest w pewnym związku z przyjmowaniem za niemal swoisty objaw pewnego typu błyszczących, jakby polakierowanych stopek i innych podobnych objawów za mniej lub więcej typowe.

Mniej często, niż poprzednio, bywa dotkniętą błona śluzowa ust, dziąseł, podniebienia twardego i miękkiego i migdałów w postaci szaro-białych *plaques muqueuses*, otoczonych czerwonym brzeżkiem. Szary nalot może ginąć, powierzchnia może owrzodzić. Najczęściej *plaques* spotykają się na końcu języka i na jego brzegach.

W kątach ust i powiek spotykamy również *papulae* albo głębokie pęknięcie z twardem nacieczonym dnem. Także naokoło ust znajdujemy płytkie i wąskie, ku otworowi ust przebiegające pęknięcia, które, pokrywszy się naskórkiem, pozostawiają po sobie blizny, wzbudzające często dość uzasadnione podejrzenie. W okolicy odbytu widzimy niekiedy *papulae*, *rhagades*, *ulcerationes* z podobnym dnem, jak naokoło ust. Gruczoly chłonne podskórne są przeważnie niezajęte, i tem się ma głównie różnić w razach wątpliwych syfilis dziedziczny od nabytego. Jednakowoż w bliskości owrzodzeń tak swoistego, jak i nieswoistego pochodzenia gruczoly obrzmiewają, dochodząc czasem w pachwinach do wielkości jaja gołębiego.

Onyxis et perionyxis zdarzają się dość często; niekiedy bywają dotknięte wszystkie paznogie: stają się one mętnymi i suchymi. Na miejscu połączenia paznogcia ze skórą tworzą się owrzodzenia, które dotknięte mogą *matrix* i łoże, a wtedy paznogie schodzi.

Alopecia w syfilisie dziedzicznym przybiera inną postać, niż w syfilisie dorosłych; nie widzimy malenkich łysinek na całej przestrzeni *capillicium*; włosy zwykle silnie się przerzedzają w postaci wstążek. Daleko więcej znamionem, chociaż rzadszym objawem syfilisu dziedzicznego jest wypadanie brwi i rzęs. Zęby czasowe w *lues h.* często później się pokazują i mają skłonność do szybkiego psucia się. W każdym razie nie przedstawiają one nic znamionnego. Te ważne oznaki na zębach, jak np. zęby HUTCHINSON'owskie odnoszą się do zębów stałych i 1 przypadek zębów HUTCHINSON'owskich, zauważony u rocznego dziecka przez WIŚNIEWSKIEGO, należy chyba uważać za nieporozumienie. Kości długie bywają najczęściej dotknięte na granicy nasady trzonów [t. zw. *osteochondritis syph.*, którą spostrzega się przeważnie w ciągu pierwszych 3-ch miesięcy]. *Osteochondritis* może czasem doprowadzić do *pseudoparalysis luetica*. Jeden taki przy-

padek opisałem w Gazecie Lekarskiej. Cierpienie to cechuje bezwład, kończyn, zgrubienie i bolesność nasad kości. Oddzielenie się nasad kości od trzonów bywa objaśniane obecnością pomiędzy temi dwoma miejscami warstwy tkanki łącznej, obfitującej w naczynia i komórki embryonalne.

Może także nastąpić zniszczenie stropu nosa.

Dość często bywa *dactylitis*. Rzadziej w pierwszych miesiącach następuje cierpienie trzonów długich kości, a prawie nigdy *caries* i nekroza górnej szczęki i twardego podniebienia, jako też *tophi* na goleniach, żebrach, mostku i czaszce.

Cierpienia organów wewnętrznych mogą być miększe lub śródmiąższowe, rozlane lub ograniczone, lub mogą w nich sadzić się gumaty. Do dość ważnych objawów, powstałych skutkiem wyżej wymienionych przyczyn, należy powiększenie wątroby i śledziony.

Cierpienia syfilityczne systemu nerwowego są rzadkie u noworodków i ssawców i same przez się nie przedstawiają cech znamienych. To samo można powiedzieć o organach zmysłów. Zwrócę tylko uwagę na dość częste cierpienie ucha środkowego (*otitis media*). Do rzadkich i ciekawych objawów trzeba zaliczyć t. zw. *sypilis haemorrhagica neonatorum*, w której zjawiają się przeważnie nieznaczne wylewy krwi wielkości od ukłucia szpilką do jej łebka, w skórze, w tkance podskórnej, w mięśniach, mózgu i t. d. Według BEHREND'a wylewy krwi zjawiają się nietylko po urodzeniu, ale i przed, najczęściej nawet bywa to przy *partus praematurus*. Wielu objaśnia to zjawisko dyatezą hemoragiczną, MRAČEK jednakowoż w 2-ch przypadkach na 19 znalazł zmiany w tętnicach.

Rokowanie w syfilisie dziedzicznym wczesnym w wielu razach zależy od leczenia się rodziców, od czasu trwania ich cierpienia w chwili spółdzenia dziecka, a także od czasu, w którym objawy występują u dzieci, od natężenia objawów i udziału organów wewnętrznych w cierpieniu, od stanu ogólnego, od leczenia i warunków higienicznych. Później występujące objawy dają lepsze rokowanie, niż wcześniejsze; udział organów wewnętrznych w cierpieniu pogarsza je. Złą prognozę trzeba postawić, gdy rodzice leczyli się niestaranie lub spółdzili dziecko w okresie *sypilis recens*.

Do bardzo ważnych warunków należy karmienie dzieci piersią kobiecą i higiena; dlatego też w sferach zamożniejszych prognoza może być lepszą, niż w sferach biedniejszych, a karmienie sztuczne znacznie ją pogarsza. Trudno bardzo zebrać dane statystyczne śmiertelności wśród dzieci, leczonych ambulatoryjnie, w każdym razie śmiertelność jest bardzo znaczna. Za najlepszy środek leczniczy uważamy kąpiele sublimatowe po 1,0 subl. Gorzej działa rtęć wewnątrz, gdyż bardzo łatwo rozwija się cierpienie kiszek. Dajemy po 0,06 *hg. cum creta Pharmac. Britannicae* 3 razy dziennie z domieszką 0,06 *mg. bismuthi*. Można również dawać 2—3 razy dziennie po 0,006 kalomelu. Dzieciom starszym nad rok robimy wcieranie po 1,0 szaruchy lub przykładamy plastry rtęciowe na

większe przestrzenie ciała. Zalecają również zastrzykiwania bursztynianu rtęci po $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{6}$ grana. Na nacieczenia, niezbyt nosa i t. d. stosujemy 1 do 2% *hg. ox. fl.* lub 5% *ppti albi* w maści, przyczem staramy się utrzymać w suchości miejsca, najbardziej drażnione wydzielinami.

Kurację staramy się zawsze powtarzać kilkakrotnie, w kilkumiesięcznych odstępach czasu.

L I T E R A T U R A.

- CHARLES MAURIAC. Syphilis tertiaire et syphilis héréditaire 1890.
I. NEUMANN. Syphilis 1899.
E. LANG. Vorlesungen über Pathologie und Therapie der Syphilis 1896.
FINGER. Die Syphilis und die venerischen Krankheiten 1901.
DIDAY. Traité de la syphilis des nouveau nés et des enfants à la mamelle.
HEUBNER. Syphilis im Kindesalter 1896.
GEORGE CARPENTER. Syphilis heredit. (tł. z angielsk.).
CARL HOCHSINGER. Studien ü. die hered. Syphilis.
CARL HOCHSINGER. Hereditäre Frühsyphilis ohne Exanthem. Archiv f. Derm. und. S. LXV
MUELLER. Erste Symptome der hered. Syphilis.
MATZENAUER. Die Vererbung der Syphilis.
A. FOURNIER. Die Vererbung der Syphilis bearb. von FINGER.
JACQUET. Dermites infantiles simples. La Pratique derm.
SCHMAUS. Grundriss der pathologischen Anatomie 1899.
HUTNEL. Syphilitische Ulceration bei neugeborenen. Mon. f. pr. Derm.
FEST. Pemphigus syphiliticus neonatorum.
BARBE. Syphilide pustuleuse chez un hérédo syphilit.
HOCHSINGER. Syphilis congenita und Tuberculose.
MOLFESÉ. Syphilis héréditaire anormale.
TOUJAN. Syphilis, partus praematurus, multiple Missbildungen des Foetus, schwere secundäre etc.
-

II. Przypadek syfilisu mostu Warola.

Opisał

B. Łuczycki.

Zmiany syfilityczne dość rzadko umiejscawiają się w moście WAROLA. To nas skłoniło do ogłoszenia przypadku tego cierpienia, który spostrzegaliśmy w r. b. na oddziale D-ra GAJKIEWICZA w szpitalu Dzieciątka Jezus.

F. W., lat 43, kawaler, zapisał się na oddział w dniu 7/IV r. b. Z wywiadów dowiedzieliśmy się, że pochodzi on z rodziny zdrowej, nadużyć *in Venere et in Baccho* nie popełniał. Przed 10-u laty zaraził się syfilisem, leczenia wszakże systematycznego nigdy nie przedsięwziął, bo zrobiono mu zaledwie 30 wcierań szaruchy; jodku potasu nie pił wcale. Chory opowiada, że przed 3-ma dniami nagle, bez utraty przytomności, zauważył osłabienie lewej połowy twarzy i prawych kończyn; jednocześnie zjawily się: parestezya, ból głowy, silna gorączka, niemożność połykania nawet płynnych pokarmów i szum w uszach.

Przy badaniu chorego w szpitalu znaleziono: ciepłota ciała rano 40,6°, wieczorem tegoż dnia 39°; tętno 122, regularne; przytomność umysłu i orientowanie się dobre. W systemie kostnym żadnych zmian. Gruczoly łokciowe powiększone, również szyjowe, pachwinowe mniej. Źrenice niekształtne i nierówne (lewa szersza od prawej), dość wąskie, nie oddziałują na światło, lecz reagują dobrze na akomodację. Pole widzenia nie zwężone. Ruchy gałek ocznych swobodne. Obraz oftalmoskopowy oka normalny. Mowa nieco nosowa, artykulacja niezmienniona. Osłabienie (*paresis*) wszystkich gałązek nerwu twarzewego lewego. Język przy wysunięciu zbacza na prawo. Ruchy głowy swobodne. W kończynach prawych ruchy czynne znacznie osłabione w porównaniu z lewymi; ruchy bierne swobodne. Lekki bezład (*ataxia*) kończyn prawych. Odruchy ścięgniste kolanowe słabe, odruchów ze ścięgna Achillea niema. Objaw ROMBERG'a. Osłabienie czucia dotykowego i bólowego (*hypalgesia et hypaesthesia*) na twarzy, wargach, podniebieniu twardem, języczku, rogówce, również na całej połowie tułowia i na kończynach po stronie prawej. Czucie mięśniowe i stawowe zachowane. Mocz chory oddaje z wysiłkiem. Czynność odbytncy prawidłowa. W narządach wewnętrznych zmian żadnych.

Choremu zalecono zastrzykiwanie podskórne sozodolanu rtęci, a wewnątrz duże dawki *kalii jodati*.

Przez kilka [5] dni chory wskutek niemożności połykania był karmiony sztucznie przy pomocy sondy dwa razy dziennie. Ciepłota ciała podniesioną była przez cały tydzień, poczem spadła do stanu normalnego. Przez 2 pierwsze dni pobytu w szpitalu szum w uszach był tak silny, że chwilami zdawało się choremu

„iż dostanie obłądu“. Po dwóch dniach szum znacznie się zmiejszył, a nastąpiło lekkie dwojenie się w oczach (*diplopia*) przy patrzeniu w lewą stronę, co trwało 4 dni. Choremu dokuczały ciągle silne parestezye w całej prawej połowie ciała, a szczególnie w palcach prawej kończyny górnej.

Badanie dnia 10/IV wykazało: widoczny bezład (*ataxia*) prawych kończyn. Osłabienie wszystkich rodzajów czucia (dotyku, bólu, ciepłoty, umiejscowienia) z prawej strony. Czucie wibracyjne [kostne] osłabione tylko w kończynach ręki i stopy. Osłabienie wszystkich gałęzi nerwu twarzowego lewego. Ruchy kończyn prawych mniej swobodne, a siła mięśni prawych słabsza, niż lewych.

Badanie krtani wzniarkiem nie wykazało w niej żadnych zmian, a badanie ucha wykryło resztki dawnego nieżyty lewego ucha środkowego.

Podczas kilkumiesięcznego pobytu w szpitalu choremu zastrzyknięto 4-y strzykawki sozodolannu rtęci i zrobiono 50 wcierań 3-gramowych szaruchy. Stan chorego szybko się poprawiał, tak iż badanie w końcu czerwca wykazało: wszystkie ruchy kończyn możliwe i dość silne; chory chodzi zupełnie dobrze; siła mięśniowa prawej ręki 75, lewej 74. Osłabienie w obrębie nerwu twarzowego lewego mało widoczne, parestazye mniej dotkliwe. Wszystkie rodzaje czucia na twarzy i kończynach prawie jednakowe na obu stronach. Bardzo nieznaczny bezład (*ataxia*) prawej kończyny górnej. Chory połyka zupełnie dobrze, szumu w uszach nie ma, czuje się coraz silniejszym.

W danym przypadku należy przyjąć, że mieliśmy do czynienia z cierpieniem mostu WAROLA natury syfilitycznej.

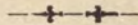
Za naturą syfilityczną przemawiają wywiady i wynik leczenia (*ex juvantibus*): chory miał syfilis, leczyl się niedostatecznie, objawy chorobowe dość groźne przeszły po odbyciu kuracji rtęciowo-jodowej. Anatomo-patologicznie cierpienie to polegało prawdopodobnie na nacieczeniu gumatycznym lub na gumacie w okolicy mostu WAROLA.

Że nacieczenie to syfilityczne umiejscowione było w moście WAROLA, twierdzimy na tej zasadzie, iż jedynie w tem miejscu usadowienie cierpienia może wytłumaczyć objawy, spostrzegane u chorego, a mianowicie: osłabienie ruchu kończyn prawych, osłabienie nerwu twarzowego lewego, a więc *hemiplegia alternans*, osłabienie czucia prawej połowy ciała włącznie z prawą stroną twarzy, bezład prawostronny, podwójne widzenie, trudność połykania, podrażnienie nerwu słuchowego i podniesioną ciepłotę ciała. Ognisko chorobowe zajęło tylną część lewej połowy mostu WAROLA, poniżej skrzyżowania się włókien n. twarzowego, idących od kory mózgowej do jądra tegoż nerwu, bo nerw twarzowy w danym przypadku był zajęty po stronie przeciwnej (lewej), niż kończyny (prawej); a porażenie miało cechy cierpienia obwodowego, wszystkie bowiem gałęzie nerwu twarzowego tak dolne, jak i górne, były osłabione.

Ognisko syfilityczne nie ograniczyło się tylko do piętra dolnego mostu WAROLA, w którym leżą włókna ruchowe pęczka piramidalnego, lecz zaatakowało i piętro górne, gdyż zmienione było czucie prawej połowy ciała [a pęczek włókien czuciowych—*lemniscus*—tam leży]. Znieczulenie twarzy po stronie prawej tłumaczy się łatwo spółcierpieniem nerwu trójdzielnego. Że nacieczenie

syfilityczne dotknęło nieco i górną część rdzenia przedłużonego, mówiloby za tem cierpienie nerwu rozocznego lewego (*n. abducens sin.*), powodujące dwojenie się przy patrzeniu w stronę lewą, nerwu, którego jądro (*nucleus*) leży w pętlicy nerwu twarzowego na granicy mostu WAROLA i rdzenia przedłużonego; dalej zaburzenia w połykaniu. Szum w uszach wytłomaczyć się daje podrażnieniem znajdujących się w tej okolicy mózgowia włókien i jąder nerwu słuchowego; bezład — wciągnięciem w cierpienie włókien, adających się z rdzenia kręgowego do mózdzku przez most WAROLA. Znane są nadto spostrzeżenia nadmiernego podniesienia się ciepłoty w przypadkach cierpień, umiejscowionych w moście WAROLA i w rdzeniu przedłużonym; do wytłomaczenia wysokiej ciepłoty w naszym przypadku badanie chorego nie mogło wykryć innego powodu.

STRESZCZENIA ZBIOROWE.



Doświadczenia ze szczepieniem zarazka syfilitycznego zwierzętom.

Zestawił

Feliks Malinowski.

Wobec wielkiego rozpowszechnienia syfilisu walka z tem cierpieniem jest jednym z najważniejszych zadań higienistów i syfilidologów, a jest ona trudną, gdyż do tej pory nie znamy zarazka syfilitycznego. Laseczniki LUSTGARTEN'a, HENRIOT'a, JOSEPH'a i PIÓRKOWSKIEGO nie ziściły pokładnych w nich nadziei. Również *sporozoa* BOX'a, DOEHLE'a, SCHILLER'a, a także *trypanosomes* i teorya nabłoniaków zakaźnego pochodzenia okazały się złudnemi. Wobec niemożności przeprowadzenia badań doświadczalnych na ludziach, starano się to czynić na zwierzętach. Psy, konie i świnię okazały się zupełnie niewrażliwemi na zarazek syfilityczny. Skutkiem tego zaczęto robić doświadczenia na małpach.

W 1882 roku A. FOURNIER i BARTHELEMI szczepili bezskutecznie syfilis małpom (*macacus cynocephalus*). Na nich też dokonywali badań KLEBS, MARTINEAU, HAMONIC, SPERK, NICOLLE i inni. Wszystkie te próby dały mniej więcej jednakowe wyniki, ograniczając się więc tylko do przytoczenia wyników szczepień NICOLLE'a.

7. IX. 1900 r. zaszczerpił on małpie na czole wydzielinę szankra, trwającego już od 3 tygodni na napletku człowieka. Po 15-u dniach na miejscu doświadczenia zjawilo się 6 do 8 grudek barwy ciemno-czerwonej, wielkości lepka szpilki, trochę występujących nad powierzchnią skóry i stwardniałych. Grudki te po 3 dniach nieco się powiększyły, a na wierzchołku ich zrobiła się bardzo powierzchowna ekskoryacja. W 8-ym dniu istnienia grudki zupełnie znikły, pozostawiając po sobie tylko nieznaczne łuszczenie. Małpa ta podczas cało-

rocznej obserwacji nie miała żadnych podejrzanych objawów. Podobny wynik dało szczepienie i u 2 innych małp, z tą tylko różnicą, że u jednej z nich nastąpiło jeszcze obrzmienie gruczołów limfatycznych w pachwinach [szczepienia dokonano w napletku]. Zjawiska, widziane przez NICOLLE'a, niezupełnie przypominały objawy syfilisu u ludzi, jednakowoż za ich specyficznością przemawia ten fakt, że tworzyły się na miejscach szczepienia dopiero 15 — 19 dnia, to jest że wyleganie odbywało się w podobny sposób, jak u ludzi.

Znacznie więcej udanymi były doświadczenia ROUX'a i MIECZNIKOW'a. Ci uczeni do swych badań wybrali szympansa, małpę, zbliżoną do człowieka nie tylko wyglądem, lecz, co ważniejsza, właściwością krwi. Pierwszego dnia zaszczepili oni w napletku lechtaczki z prawej strony jad z miesięcznego twardego szankra, a na brzegu prawej brwi wydzielinę owrzodzonego płaskiego lepieża od innego chorego. Po 5-u dniach R. i M. dokonali jeszcze raz szczepienia jadem z trzydniowego szankra w fałdzie lewego napletka lechtaczki. Ranki po nacięciach szybko i bez śladu się zagoiły. Z prawej strony lechtaczki na miejscu pierwszego szczepienia dopiero 26-go dnia zjawił się mały owalny przezroczysty pęcherzyk, okrążony czerwonym brzeżkiem. Następnie pęcherzyk zmienił się w owrzodzenie, położone pośrodku wybitnie stwardniałej tkanki. Dno owrzodzenia było żółte, a następnie pokryło się nalotem szarym. Gruczoły pachwinowe obrzmały, przyczem prawe dosięgły dość znacznych rozmiarów, pozostając niebolesnymi.

25 lipca 1903 r. A. FOURNIER zbadał szankier zaszczepiony, który trwał już 17 dni, i uznał go za syfilityczny na mocy: 1) charakterystycznego wyglądu, 2) długości wylegania, trwającej zwykle 3—4 tygodni, a w danym przypadku 25 dni, 3) powiększonych twardych i niebolesnych gruczołów pachwinowych. Co najważniejsza, w 56 dni po pierwszym zaszczepieniu wystąpiły objawy wtórne syfilisu w postaci grudek na brzuchu, plecach i udach. Grudki te w liczbie 15 były okrągłe, różnej wielkości, z strupkiem pośrodku, otoczonym czerwonym wiankiem pozostałej części wykwitu. Z pod zdrapanego strupka zaczęła się wydobywać ciecz różowa, lekko zmętniała. Po pewnym przeciągu czasu naokoło strupka zjawił się pierścień, złożony z białych laseczek. W 25 dni od czasu ukazania się wysypki zaczął się goić szankier; w środkowej jego części pozostał suchy i twardy strupek, a część okrążająca go zmiękła. Zauważonych objawów w jamie ustnej nie można było z pewnością kłaść na karb syfilisu, gdyż szympansy wogóle są bardzo skłonne do uporeczywych zapaleń jamy ustnej. Gruczoły pachowe i śledziona uległy powiększeniu.

W 3 miesiące po rozpoczęciu doświadczeń zwierzę zachorowało i na 105 dzień po zastrzyknięciu syfilisu zdechło. Rozbiór zwłok wykazał ostre zapalenie płuc.

Z doświadczenia powyższego można wyprowadzić następujące wnioski: 1) szympans jest wrażliwszym na jad syfilityczny od innych małp; 2) syfilis u szympansa rozwija się zupełnie tak samo, jak u ludzi; 3) szankier syfilityczny u ludzi, gojąc się nawet, zawiera jad o tyle żywotny, że wywołuje syfilis u szympansa; 4) zabezpieczenie od jadu następuje nadzwyczaj szybko po zarażeniu, gdyż następne szczepienie w 5 dni po pierwszym udanym już się nie przyjęło.

W czasie wyżej opisanego doświadczenia ROUX i MIECZNIKOW wydzielinę z szankra szympansa w 45 dniu jego trwanie zaszczepili na członku innego szympansa, a trochę zeszkrobanego jadu z grudek na skórze lewego uda. Na miejscu zaszczepienia na udzie 8-go dnia zjawiły się dwa małe owrzodzenia, a 35-go dnia na członku nadzarcie wielkości małej soczewicy, bez stwardnienia i zaczerwienienia, które zwiększało się w ciągu następnych dni. W tymże czasie na udzie w miejscu szczepienia wytworzyło się drugie nadzarcie naokoło twarde, które zmieniło się następnie w typowy szankier.

Przy tem gruczoły pachwinowe z lewej strony obrzmiały, stwardniały, lecz były niebolesne. Szankier ten zaczął się goić w 6 tygodni, a na członku pozostał niezmienionym aż do śmierci szympansa, która nastąpiła w 45-ym dniu po zjawieniu się objawów syfilitycznych. Badanie pośmiertne nie wykryło żadnego objawu wtórnego syfilisu. We krwi znaleziono *coccobacillus*, mający pewne podobieństwo z takimże PFEIFFER'a.

Doświadczenie to uczy, że syfilis może się przenosić z jednego szympansa na drugiego. Dodamy, że jad syfilityczny, wzięty z szympansa, nie wywołał żadnych objawów u młodego mandrila i makaka; a ten fakt mógłby przemawiać za pewnem złagodzeniem siły jadu syfilitycznego po przejściu jego przez organizm szympansa.

Roux i Miecznikow szczepili nadto syfilis 12-u makakom japońskim i chińskim i otrzymali wyniki, podobne do opisanych przez NICOLLE'a. Krótkotrwałość objawów syfilitycznych pierwotnych, brak wtórnych doprowadziły R. i M. do wniosku, że makaki są zdolne złagodzić siłę jadu syfilitycznego. Dla wyjaśnienia tej kwestyi przenieśli oni jad syfilityczny z makaków na napletek lechtaczki młodego szympansa. Objawy istotnie były bardzo nieznaczne: w 15 dni po zaszczepieniu zjawilo się kilka czerwonych plam na napletku, na jednej z nich b. mała łuska, a na drugiej pośrodku maleńkie nadżarcie wielkości łepka szpilki. Nazajutrz zacerwienie się zmniejszyło, przybrawszy w części środkowej barwę brązową; 3-go dnia, obok 2 pierwszych plamek zanikających zjawily się 3 nowe mniejsze, a w parę dni później wszelkie objawy specyficzne znikły zupełnie, tak że objawy pierwotne nie trwały dłużej nad dni 12. Następnie temuż szympansowi zaszczepiono jad syfilityczny z szankra ludzkiego w napletek lechtaczki i w skórę uda i po 8-u dniach zjawilo się u niego ogólne obrzmienie gruczołów, więcej wyrażone w pachwinach, niż w pachach. Innych objawów powtórne szczepienie nie dało, podczas gdy tenże jad z człowieka wywołał u makaka pierwotny szankier na łuku brwi.

R. i M. wyprowadzili z tych badań wnioski, że pierwsze szczepienie jadu syfilitycznego z makaka zrobiło szympansa niewrażliwym na jad syfilityczny ludzki. Gdyby to przypuszczenie R. i M. się sprawdziło, to mogłoby ono mieć doniosłe znaczenie, albowiem wobec całej gamy rodzajów małp, od najbardziej zbliżonych do człowieka i wrażliwych na jad syfilityczny do mniej zbliżonych i posiadających naturalną odporność, możnaby siłę zarazka syfilisu dowolnie osłabiać.

Doświadczenia Roux'a i Miecznikow'a wywołały naturalnie naśladowania mniej lub więcej udatne. LASSAR 22 października 1903 r. zaszczepił jad syfilityczny szympansowi i otrzymał podobne, jak poprzednicy, objawy pierwotne syfilisu, a następnie wtórne w postaci grudek syfilitycznych, ułożonych grupami na dłoniach, podszewkach, około odbytu, na ramionach, czole i na wylysiałej stopniowo przedniej części czaszki. Przytem gruczoły szyi i potylicy obrzmiały, stwardniały. Badania histologiczne szankra stwierdzają też same zmiany w tkance, co i u człowieka. Następnie LASSAR 31 stycznia 1904 roku zaszczepił jad, wzięty z poprzedniego szympansa, nowemu osobnikowi tego rodzaju małp. Po upływie 2 tygodni zjawily się pierwotne, a po upływie 6 tygodni wtórne objawy przymiotu.

Mniej udatne były doświadczenia NEISSER'a. Uczony ten, ażeby uczynić świnię i małpę wrażliwemi na zarazek syfilityczny, wstrzykiwał im, wzorując się na teorii WASSERMANN'a, surowicę z psa i barana, traktowanego poprzednio surowicą świni, i następnie szczepił im syfilis, lecz przekonał się tylko, że nawet przy pomocy tej metody nie można świni i małpy zarazić syfilisem.

L I T E R A T U R A.

ROUX et MIETCHNIKOFF. „Récherches expérimentales sur les singes anthropoides“. Bull. de l'Académie de Médecine, séance du 28 juillet 1903. „Études expérimentales sur la syphilis (Premier et deuxième mémoire), décembre 1903 et janvier 1904. Annales de l'Institut Pasteur. „Récherches expérimentales sur l'inoculation de la syphilis au singe „bonnet chinois“, par C. NICOLLE. Ann. de l'Inst. Pasteur, Octobre 1903. „Ueber Impfversuche mit Syphilis am anthropoiden Affen, O. LASSAR, Berl. klin. Woch. Nr. 52, 1903 Nr. 30 1904. „Einige Syphilis-übertragungsversuche auf Tiere“. A. NEISSER und F. VEISL. Dent. med. Woch. 1904.

WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE.

29. O znaczeniu zastrzykiwań podskórnych serum artificiala w zakażeniu połogowym.

Sztuczną surowicą krwi—*serum artificiale*—nazywamy roztwór jednej lub kilku soli, wchodzących w skład krwi, jakościowo i ilościowo w granicach normy fizyologicznej.

Ogólnie używaną jest surowica sztuczna HAYEM'a, przedstawiająca 0,75% roztwór chlorku sodu w wodzie filtrowanej i przegotowanej, t. j. t. zw. fizyologiczny roztwór soli kuchennej. Znane są stosowania zastrzykiwań podskórnych lub do żył, *serotherpia maxima*, wielkie wlewania wody słonej po utratkach krwi, w mocznicy, zakażeniach i t. p. J. JAWORSKI rozpatruje znaczenie zastrzykiwań solnych w zakażeniu połogowym, zwłaszcza sapremii, oraz sprawach septyczno-toksycznych, na zasadzie osobiście otrzymanych wyników dodatkich, tłumaczy racjonalność zastrzykiwań z punktu widzenia chemii fizyologicznej i patologii, daje drobiazgowy obraz objawów klinicznych, wreszcie podaje szczegółowy opis techniki zastrzykiwań oraz spotykane powikłania. Fizyologicznie działanie zastrzykiwań solnych polega na pobudzeniu krwiobiegu przez napełnienie układu naczyniowego, przyczem wzmaga się napięcie naczyń, występuje pobudzenie czynności różnych narządów wydzielniczych i krwiotwórczych; wytwarza się jakby przepełnienie tkanek z wydalaniem pierwiastków szkodliwych, t. j. cały szereg przemian i procesów, wylugowujących krew, zatrutą toksynami mikrobowemi lub komórkowemi. W zakażeniu połogowym JAWORSKI stosuje *serotherpiam minimam*, polegającą na zastrzykiwaniu stałym 10—15, a najwyżej 100 gm. roztworu solnego raz lub dwa razy dziennie. Pod wpływem zastrzykiwań następują korzystne zmiany w ustroju: wygląd chorej zmienia się do niepoznania, twarz nabiera życia, oko blasku, błony śluzowe wilgotnieją, znika żółte zabarwienie skóry, na całym ciele występuje pot; bolesne obrzęki uda położnic jak również objawy zakrzepu żył zmniejszają się, tętno staje się równiejszem i pełniejszym, wydzielenie moczu się zwiększa. Ciepłota zazwyczaj spada *per lysin*.

W powikłaniach ze strony nerek należy przed stosowaniem surowicy usunąć nagromadzoną znaczną ilość płynu w ustroju przez кишки za pomocą środków czyszczących, a nawet, gdzie niema przeciwwskazania, wykonać upust krwi.

Surowicę należy przygotowywać *ex tempore* na wodzie przekroplonej i przegotowanej, a jeśli możebne, należy ją wysterylizować.

Wyjałowioną szprycą i wyjałowionemi rękami po wyjałowieniu skóry wprowadza się surowicę w wolną tkankę łączną podskórną okolicy podbrzusza

w linii pośrodkowej lub z boków, równoległe do żeber rzekomych, lub wewnątrz-
ną powierzchnię bioder poza wielkim krętarzem.

Powikłania występują w postaci zgorzeli skóry na miejscu zastrzyknięcia
pływu (BASICH, VORMSER); zgorzel ta powstaje już to wskutek anemii pod wpły-
wem ucisku zastrzykniętego płynu na naczynia włosowate, już to wskutek
zakażenia z następczą ropnicą, wreszcie wskutek zaburzeń troficznyc.

Kronika Lek. 1904, z. 12.

J. Kolasinski.

30. Maretin, nowy środek przeciwgorączkowy, chemicznie m-tolydrazid
kwasu karbaminowego, przedstawia się w postaci białych, błyszczących krysz-
tałków, o punkcie topliwości 183—184°, w wodzie trudno rozpuszczalnych. Był on
próbowany przez BARJANSKY'ego, LITTEN'a, ELKAN'a i HELMBRECHT'a. Ten
ostatni (*Deutsch. med. Woch. 1904, Nr. 30*) na klinice prof. A. FRAENKEL'a sto-
sował go u 25 chorych, dotkniętych gruźlicą narządów oddychania lub trawienia.
Podawał go w dawce 0,2—0,3—0,5 [1—3 razy dziennie] i stwierdził u 10-u
chorych działanie wyraźne na obniżenie ciepłoty ciała, bez wpływu na żołądek;
tylko niejednokrotnie wzbudzał ów środek lekkie poty, ale nie stale i nie tak
obfite, jak twierdził LITTEN. W przypadkach daleko posuniętej gruźlicy
maretin, podawany dla obniżenia nadmiernie podniesionej ciepłoty ciała, okazał
się bezskutecznym.

M. nie wpływa na oddychanie, krążenie krwi i trawienie. Do podobnych
wyników doszedł i ELKAN.

(Münch. med. Woch. 1904, Nr. 30).

W. G.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.



48. J. Bresler. Syfilis dziedziczny i ustrój nerwowy.

Od 20-u lat neuropatologowie i pedyatrycy z zaciekawieniem badają zwią-
zek pomiędzy syfilisem dziedzicznym a układem nerwowym dzieci. Pokażna
liczba odnośnych spostrzeżeń rozproszona była dotąd po rozmaitych czasopi-
smach, wobec czego nie można było sobie zdać należycie sprawy z zabu-
rzeń nerwowych, na tle dziedzicznego syfilisu powstałych, a mianowicie
ich częstości i jakości. RUMPF oblicza, że pośród objawów syfilisu dzie-
dzicznego objawy nerwowe stanowią 13%. JULLIEN badał 43 małżeństwa
syfilityczne, które dały 206 razy ciążę; 162-e dzieci zostało przy życiu, a w tej
liczbie połowa wykazywała objawy zapalenia opon mózgowych i drgawki.
Co dotyczy patologii nerwowej syfilisu dziedzicznego, autor zebrał wszystkie
prawie odnośne przypadki, rozproszone dotąd w piśmiennictwie peryodycznym,
i praca ta, dając przejrzysty obraz danej kwestyi w jej stanie obecnym, prze-
konywa czytelnika, że niemal każda choroba nerwowa, zarówno czynnościowa,
jak organiczna, zarówno w ośrodkowym, jak i w obwodowym układzie nerwo-
wym, może mieć swe źródło w syfilisie dziedzicznym.

BRESLER zajmuje się nasamprzód cierpieniami czynnościowymi, potem
przechodzi do organicznych [mózgowych, rdzeniowych i obwodowych], dalej
rozpatruje cierpienia odżywiania, od układu nerwowego zależne, oraz jego nie-
dorożwój i zniekształcenia, wreszcie ostatni rozdział swej pracy poświęca
zestawieniu przypadków syfilisu dziedzicznego, który wywołał zaburzenia
układu nerwowego w 3-em pokoleniu.

Co do chorób czynnościowych, powstałych na tle syfilisu dziedzicznego,
przytacza autor ciekawe przypadki HALBANA z objawową migreną, która uwa-

zana być winna tutaj za jedyny przejaw dziedzicznego niewątpliwego syfilisu. Dalej cytuje NONNE'go, który pewien zespół objawów neurastenicznych u dzieci z osłabieniem ogólnem i przedrażnieniem układu nerwowego [nocne bóle głowy, nagłe zawroty, napady drgawek, a zwłaszcza zmiana w charakterze, skłonność do łatwych wybuchów gniewu, obok upadku inteligencji, uporu, i t. d.] uważa za powstające na tle przymiotu dziedzicznego. Wspomniawszy pokrótce o kilku istniejących w piśmiennictwie przypadkach płasawicy, przypisywanych również przez autorów [NONNE, KOWALEWSKI, BRUENING, METTLER] syfilisowi dziedzicznemu, autor obszernie omawia kwestyę padaczki pochodzenia swoistego i po zreferowaniu odnośnego piśmiennictwa stara się na zasadzie własnych spostrzeżeń w tym kierunku wyodrębnić grupę chorych na padaczkę, która pozornie przypomina t. zw. idyopatyczną, ma jednak pewne cechy charakterystyczne, na których zasadzie autor czuje się uprawnionym do wyodrębnienia tej postaci padaczki, uważając ją za chorobę „metasyfilityczną“. Cechy te są następujące: szybki upadek władz umysłowych, znaczne zaburzenia w mowie [rodzaj jąkania się], drżenie palców i bezład w rękach i nogach, znaczne wzmoczenie się odruchów kolanowych. Chorzy tacy względnie szybko umierają albo wskutek nadzwyczaj częstych napadów drgawkowych, albo wskutek komplikacji, którym łatwo podlegają. W dalszym ciągu autor wspomina o napadach eklamptycznych, uważanych przez HEUBNER'a za jedną z najważniejszych chorób parasyfilitycznych u dzieci skądinąd zdrowych, cytuje sporadyczne przypadki tężyczki i stanów, cierpienie to przypominających, które HOCHSINGER uważa również za przejawy wczesnego syfilisu wrodzonego u dzieci w pierwszych tygodniach życia.

Z chorób mózgowych na pierwszym miejscu omówiony jest bezwład postępujący, bowiem w żadnej chorobie nerwowej rola dziedzicznego syfilisu nie jest z taką pewnością stwierdzona, jak właśnie w bezwładzie postępującym. Przypadków tej choroby na tle syfilisu dziedzicznego mnoży się coraz więcej nie tylko u dzieci, ale i u ludzi starszych. W związku bezpośrednim z bezwładem postępującym, przebiegającym u dzieci przeważnie pod postacią stopniowego zaniku inteligencji, omawia autor przypadki BARY'ego, dotyczące idiotyzmu, które po części uważać można również za dziecięcy bezwład postępujący z nietypowym przebiegiem w niektórych przypadkach. Dalej B. omawia następujące choroby mózgowie, a raczej te przypadki, w których stwierdzony został syfilis dziedziczny: wodogłowie, [według HOCHSINGER'a 9% na 362 przypadki], dziecięce porażenie mózgowe [ALTHAUS sądzi np., że nie widział połowicznego spastycznego porażenia dziecięcego bez przymiotu dziedzicznego], choroba LITTLE'a, właściwe przymiotowe choroby mózgowie [nacieczenia gumatyczne, *endarteriitis*], stwardnienie rozlane i wielogniskowe, rzadkie przypadki wylewów krwawych do mózgu [NONNE], wreszcie zapalenie opon mózgowych (*pachymeningitis haemorrhagica* HEUBNER'a) i zapalenie mózgu.

Następny rozdział poświęcony jest specyficznym chorobom rdzenia w syfilisie dziedzicznym i opracowany został na podstawie specjalnej pracy o tym przedmiocie GILLES DE LA TOURETTE'a oraz prac GASNE'a i SACHS'a; dalej znajdują obszernie omówienie przypadki dziecięcego władu rdzenia, przypadki, przypominające chorobę FRIEDREICH'a oraz mające dużo cech pokrewnych z ERB'owską postacią kliniczną spastycznego porażenia rdzeniowego. Jeżeli zaznaczymy, że autor zebrał poza tem wzmianki, dotyczące syfilisu dziedzicznego, jako momentu etiologicznego w rozszianem zapaleniu nerwów, zapaleniu siarkówki, porażeniach mięśni ocznych, gangrenie symetrycznej, a dalej w rozmaitych daleko posuniętych przejawach anatomicznego niedorozwoju układu nerwowego ośrodkowego, to musimy przyznać, że uwzględnioną została cała patologia nerwowa. Ostatni rozdział poświęcony jest dziedzicznemu przymiotowi ustroju nerwowego w 3-em pokoleniu; przytoczona tu jest ciekawa statystyka FOURNIER'a, gdzie w 18-u spostrzeżeniach

z niewątpliwym syfilisem w 3-em pokoleniu cierpienia nerwowe [zwłaszcza idyotyzm] grają rolę wybitną.

Książeczka BRÄSLER'a, aczkolwiek nie zawiera badań oryginalnych, stanowi skrzętną i pożyteczną kompilację i jako jedyna w danej kwestyi nie orientacyjna znaleźć powinna rozpowszechnienie zarówno wśród neuropatologów, jak i pedyatrów.

(*Erbsyphilis u. Nervensystem. Leipzig, 1904, str. 141.* Maurycy Bornstein.

49. Klingmueller i Baermann. Czy jad syfilityczny się filtruje?

Gdy dotychczasowe badania bakteriologiczne nie mogły wykryć zarazka syfilisu, K. i B. inną postępowali drogą, by zarazek ten zbadać: filtrowali sok z wrzodów pierwotnych i lepiej płaskich i filtrat sobie szczepili.

Wiadomo, że zarazki pewnych chorób zakaźnych filtrują się [zarazek ospy owiec, wścieklizny, nabłoniaka zaraźliwego ptaków i w. in.]; otóż przyczynkiem do poznania jadu syfilitycznego byłoby zbadanie, czy jad ten przez filtr przechodzi. Takie sobie zadanie postawili autorowie i doświadczenia swoje przeprowadzali w następujący sposób: wrzód pierwotny i płaskie lepiej wilgotne wycinali i nożyczkami krajali na drobne kawałki, następnie dodawali kilka kropeł fizyologicznego roztworu soli kuchennej i trochę piasku; mieszaninę tę rozcierali w moździerzu przez godzinę i przez 1—2 godzin przepuszczali przez filtr okrzemkowy pod ciśnieniem 250 mm.

25 października 1903 r. każdy z wymienionych lekarzy wstrzyknął sobie pod skórę dołu podkolanowego po 1 cm. sz. filtratu. Iniekcya była bolesna. Na drugi dzień wytworzyło się lekkie obrzmienie i czerwoność skóry na przestrzeni wielkości rubla srebrnego; czerwoność ta szerzyła się promienisto w kierunku naczyń limfatycznych. Bolesność umiarkowana. Po 3—4 dniach bóle ustępują, czerwoność i obrzmienie znikają, pozostawiając szybko przemijającą pigmentację. Żadnych zmian miejscowych ani następnie ogólnych objawów nie zauważono.

20 stycznia 1904 r. K. i B. zaszczepili sobie znów świeżo przygotowany filtrat na lewem ramieniu, jak ospę, a następnie przykładali jeszcze na szczepione miejsce kawałki waty, obficie zmoczonej w filtracie, i na 24 godzin je umocowywali. Niezależnie od tego w prawe ramię wstrzyknęli sobie po 1 cm. sz. filtratu. Żadnej reakcyi na szczepionem ramieniu nie zauważyli, na prawem zaś ramieniu zmiany, jak wyżej. Objawów ogólnych nie zauważyli.

Dwa razy jeszcze powtarzali podobne doświadczenia i z tym samym wynikiem: do 5 maja 1904 r. nie spostrzegli na sobie żadnych ogólnych objawów syfilisu.

Doświadczenia te skłaniają autorów do wniosku, że zarazek syfilityczny przez filtr nie przechodzi.

(*Deutsche medizinische Wochenschrift, Nr. 21, r. 1904.*

A. E.

50. Detre-Deutsch. Dodatkowe zarażenie i twardy szankier.

Ogólnie przyjęte jest zdanie, że człowiek obarczony syfilisem nie może się nim po raz wtóry zarazić i że jeśli taki osobnik ma powtórnie twardy szankier, to właściwie nie był on już luetykiem, gdyż wyleczył się z pierwszego syfilisu. DETRE-DEUTSCH występuje przeciwko temu twierdzeniu. Według niego przy powtórnym udzieleniu jadu syfilitycznego luetykom, wiemy tylko, że się zjawił twardy szankier, lecz nie wiemy, czy jad nie spowodował dodatkowego zarażenia [superinfekcyi]. Autor zadaje sobie pytanie, czy zmiany w tkance, będącej wrotami wstąpienia syfilisu, zawsze występują w wiadomej typowej postaci, czy zawsze tam powinno się zjawić stwardnienie, owrzodzenie,

i w pobliżu twarde gruczoły, czy jest niemożliwe, żeby jad syfilityczny wywołał powtórne zarażenie albo dodatkowe, nie pozostawiając po sobie żadnych zmian w miejscu wstąpienia. Te pytania mogą znaleźć swą odpowiedź w wynikach doświadczeń na zblizonych do człowieka małpach, na nieszczęście bardzo drogich. Doświadczenia na ludziach, chociaż wskazały, że nie zjawił się szankier, lecz nie dowiodły bynajmniej, czy nie nastąpiło zarażenie dodatkowe.

Autor dla doświadczeń swych wymaga: 1) jadu zawsze jednakowej mocy, któryby w pewnej dozie i w pewnym określonym czasie zabijał wrażliwe na niego zwierzęta; 2) zwierząt, których wrażliwość odnośnie do syfilisu jest w przybliżeniu jednakową. Trzeba się przedewszystkiem przekonać, czy zarażone powtórnie i wielokrotnie zwierzęta podczas trwania pierwszej choroby nie giną prędzej i czy ewentualnie zmiany w tkankach u takich zwierząt nie są większe, niż u jeden raz tylko zarażonych syfilisem.

Do tej pory wyobrażano sobie, że organizm syfilityczny wyrabia soki ochronne przeciw jadowi syfilitycznemu i zapomocą nich niszczy nowo wstępujące zarazki syfilityczne, lub też myślano, że komórki ciała, osiągnąwszy w przebiegu choroby niewrażliwość na jad, skutecznie go zwalczają. Lecz immunizacja zupełna jest ostatecznym rezultatem walki z zarazkami. Częściowo osiąga się odporność już podczas przebiegu procesu zaraźliwej choroby [tyfus], lecz jest ona zupełną, gdy organizm zakończy walkę z zarazkiem albo jego chemicznym wytworem.

Po udatnem szczepieniu ospy można jeszcze w przeciągu 4—5 dni otrzymać dodatkowe zarażenie. To samo ma miejsce z szczepieniem księgosuszu. Odporność zupełna następuje mniej więcej na 10—12 dzień po szczepieniu, gdy już przeszło podrażnienie od samego czynu szczepienia. A żaden zwierzęcy organizm nie może być w jednym i tym samym czasie zupełnie odpornym, a zarazem wrażliwym lub nawet chorym. Można by chyba przypuścić zupełnie niestwierdzoną i nieuzasadnioną, jak wykazują doświadczenia, teorię, że własne zarazki są silniejsze, niż świeżo do organizmu wprowadzone.

Powyższe wywody autor stara się sprawdzić na drodze doświadczalnej i porównawczej. Szczepił on grzlicę świnkom morskim zapomocą podskórnych wstrzykiwań. Stereotypowe objawy u tej choroby są: krótki przeciąg czasu ukrytych zmian, następnie twarde owrzodzenie i twardy niebolesny gruczoł, dalej [powszechnie] obrzmienie gruczołowi i nakoniec ogólna specyficzna choroba organizmu. Jednem słowem — objawy zupełnie równoległe do objawów syfilisu u ludzi.

Autor zastrzykiwał świnkom morskim 3—5 mg. hodowli grzliczej i, gdy się zjawiło owrzodzenie, skutecznie dodatkowe zastrzykiwanie. Już po 3 godzinach miał on do czynienia z objawami ciężkiej choroby: podniesienie się temperatury o 1,3 i 2,0°, częstszy oddech i t. d. Nie utworzył się przytem żaden guz, owrzodzenie, albo hubon. Dodatkowe szczepienie na miejscu wprowadzania zarazka nie zostawiało oprócz odczynu bezpośredniego żadnych zmian.

Trzeba zaznaczyć, że zwierzęta te zdechły wcześniej, aniżeli bez dodatkowego szczepienia, i że zmiany w tkankach przy rozbiornie zwłok były daleko znaczniejsze. Na mocy tych doświadczeń D. przychodzi do wniosku, że być może pytanie o dodatkowe albo powtórne zarażenie syfilisem, powinno być inaczej rozpatrywane, — że dodatkowe zarażenie mogło nastąpić, nie wywołując szankra i że tą teorią może dalyby się wytłómaczyć szczególnie ciężkie przypadki syfilisu.

Feliks Malinowski.

51. E. Delbanco. O zaraźliwości gumatu.

Mężczyzna 40-letni, zarażony syfilisem przed 14-u laty, udzielił tej choro-

by swej 50-letniej żonie. Zarażenie nastąpiło przez gumaty, które mu się uformowały na członku. Oprócz swego przypadku D. przytacza jeszcze 5 przypadków podobnego zarażenia [GOLDZIEHER, EHLERS, LANDOUZY, FOURNIER, SACK.]. W każdym z nich leczenie początkowe było niedostateczne. Gumaty według D. zawierają żyjący *virus*, i późne objawy syfilisu pod względem etyologii nie odróżniają się w gruncie rzeczy od objawów wtórnych. Rzadkość zarażenia gumatami D. objaśnia przeważnie ich umiejscowieniem w takich okolicach, skąd przeniesienie zarazka jest utrudnione. A zarazek ten istnieje, bo mężczyźni z późnymi objawami syfilisu płodzą dzieci, obciążone syfilisem.

(Przyp. refer.). Jak pogodzić ściśle doświadczenia z nieudanymi szczepieniami gumatów ludziom zdrowym z luźnymi, niepewnymi spostrzeżeniami klinicznymi?

(Monat. f. prakt. Derm. T. 38 Nr. 12).

Feliks Malinowski.

52. J. Heller. Phlebitis gonorrhoeica.

Zapalenie żył stanowi rzadkie powikłanie trypra. W literaturze, przeważnie francuskiej, znalazł autor tylko 25 podobnych przypadków. Sam zaś spostrzegł raz jeden zapalenie żył na tle zakażenia tryprowego. U 30 letniego mężczyzny w przebiegu ostrego trypra cewki moczowej i pęcherza rozwinęło się w 3-m miesiącu zapalenie *venae saphenae min.* po lewej stronie i *plexus pampiniformis* po prawej.

Większość ogłaszanych przypadków pochodzi z Francji; mężczyźni przeważają; wszyscy prawie są w średnim [20 - 30 lat] wieku, tak iż zapalenie żył tryprówce zdaje się nie stać w związku z większą skłonnością starszych ludzi do żyłaków. Zapalenie to zawsze prawie występuje jako powikłanie pierwszego zakażenia tryprowego, zwykle zjawia się w okresie podostrym, przeciętnie w 5-ym tygodniu od początku zakażenia. Czasem tryprówce zapalenie żył przebiega bez powikłań, często jednak z powikłaniami wszelkiego rodzaju (*prostatitis, urethrocystitis, epididymitis, pleuritis, pyelitis, erythema nodosum*, najczęściej zaś razem z cierpieniem stawów: kolanowych, biodrowych, stopowych i t. d.).

Przyczyny uspasabiającej lub wywołującej zapalenie żył w przebiegu trypra najczęściej wykryć nie podobna. Nadwyrężenie lub usposobienie do reumatyzmu sprzyja, jak się zdaje, rozwinięciu się tego cierpienia. Szczególniejszego usposobienia żył jednej części ciała do zapalenia nie stwierdzono; natomiast jest wyraźna skłonność do zapalenia tryprowego żył dolnej połowy ciała; najczęściej zajęta bywa *vena saphena*. Zapalenie ogranicza się przeważnie do jednego systemu żył: rozwija się jedno lub kilka ognisk zapalnych w granicach jednej żyły lub w jej przedłużeniu bezpośrednim, np. w żyłce podkolanowej i udowej, albo w żyłce łydkowej wewn., w udowej i w powierzchownych żyłach brzusznych. Rzadko ulegają zapaleniu jednocześnie rozmaite systematy żyłne, np. *vena saphena* i *vena radialis* albo, jak w przypadku autora, *vena saphena* po lewej stronie i *plexus pampiniformis* po prawej, albo żyły obu dolnych lub górnych kończyn.

Obraz kliniczny jest jasny. Tępe bóle lub nagły ból żywy rozpoczynają cierpienie; zjawiają się obrzęki: bardziej miękkie w oddaleniu od ogniska, np. na powłokach brzusznych, twardsze nad ogniskiem zapalnym [nad zakrzepem]. Gorączka i dreszcze towarzyszą niekiedy początkowi zapalenia żyły; po kilku dniach, gdy obrzęk pierwotny opadnie nieco, daje się wyczuć żyła, jako twardy, nierówny, bolesny powróżek. Przy zajęciu żył powierzchownych skóra nad żyłą może ściemnieć (*pigmentatio*), zaczerwienić się, a nawet uleść zgorzeli. Spostrzegano zgorzel skóry prącia w przypadku zakrzepu żyły ciała jamistego.

Zejście tych zapaleń bywa zwykle pomyślne: *restitutio ad integrum* spostrzegano w 62% przypadków. Przeciętnie sprawa trwa 6 tygodni. Zdarzają

się jednak przypadki niezupełnego wyleczenia: pozostaje twardość naczyń; zdarza się też i zejście niepomysłne, amputacya uda [przyp. HASHUND'a — *phlebitis venae popliteae et femoralis*], a nawet śmierć, np. w przypadku POLLARD'a wskutek zatoru płuc, lub w przypadku RICHER'a wskutek zakażenia.

Co do patogenezy cierpienia, to w przypadkach z gorączką i dreszczami trzeba przyjmując zakażenie mieszane, w innych zakażenie i przerzuty gonokokowe.

Rozpoznanie tryprowego zapalenia żył jest dość łatwe; dla odróżnienia trzeba mieć w pamięci *lymphangoitis, tendovaginitis* [zwłaszcza w okolicy stawów, zajętych zapaleniem tryprowym] i *myositis*.

Leczenie jest to samo, co w zapaleniu żył zwyczajnem, a więc: ułożenie wysokie kończyny, spokój, okłady ciepłe i ogrzewające, *resorbentia*, wewnątrznie chinina i antypiryna.

(Berlin. klin. Woch. Nr. 23).

Zweygbaurm.

Wiadomości bieżące.

— Jak już donosiliśmy, dom zdrowia dla chorych umysłowych dra OLEONOWICZA, istniejący od lat kilkunastu w Lublinie, przeniesiony został pod Warszawę, do Czerwonego Dworu [stacya Pustelnik drogi żelaznej Warszawa-Marki]. W dużym budynku, położonym wśród ogrodu, urządzono pomieszczenie na 20 chorych. Nowy ten zakład zacznie regularnie funkcjonować od września r. b.

— Wspominaliśmy już w naszym czasopiśmie, iż aby wpłynąć na zmniejszenie śmiertelności niemowląt, *resp.* zapobiedz stopniowemu wyludnianiu się Francyi, potworzono tam różne instytucye, mające na celu ochronę niemowląt od wczesnej śmierci, która wszędzie, a szczególnie we Francyi, stosunkowo jest ogromna. Ponieważ częstym powodem tej śmiertelności są cierpienia narządu trawienia, spowodowane sztucznem karmieniem złem mlekiem krowiem, przeto zawiązały się w różnych miejscach Francyi stowarzyszenia, dostarczające biednym matkom dobrego mleka, stowarzyszenia, nazwane „*Goutte de lait*“. Prosperują one z ogromnym dla kraju pożytkiem, a za ich przykładem zawiązały się podobne instytucye w wielu miastach Europy, w ostatnich zaś czasach w Łodzi, a to dzięki miejscowemu Towarzystwu Hygienicznemu. Chociaż dopiero na przyszłość zakresiło sobie to stowarzyszenie „kropli mleka“ szerszy program, który z czasem i w miarę środków będzie urzeczywistniało, jednak już i teraz zasłużyło sobie na podziękę społeczeństwa, rozdając bezpłatnie lub za minimalną opłatą [2 kop. za litr] za pośrednictwem aptek biednym matkom dobre mleko pasteuryzowane.

— W Petersburgu zbudowaną będzie na Wyborskiej Stronie, opodal muzeum PIROGOWA — morga (*morgue*).

— W ostatnich dniach grudnia st. st. odbędzie się piąty zjazd chirurgów rosyjskich w Moskwie. Na porządek dzienny jego postawiono kwestye: o zapaleniu płuc pooperacyjnem; o wycinaniu żeber w empyematach i o przyszywaniu nerki.

— Stan Amerykański Indiana zabronił suchotnikom być nauczycielami w szkołach publicznych, skutkiem czego 250 nauczycieli musiało porzucić zawód pedagogiczny.

— Towarzystwo Laryngologiczne w Londynie obchodzić będzie w r. 1905 jubileusz stuletni MANUELA GARCIA'İ, twórcy laryngoskopy.

— W uniwersytetach szwajcarskich w ubiegłym sezonie zimowym uczęszczało na wydział lekarski studentek 891, a studentów 763.

Wydawca, Dr Jan Pruszyński.

Redaktor odpowiedzialny, Dr Wł. Gajkiewicz.