

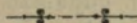
GAZETA LEKARSKA.

I. DWA PRZYPADKI

„ASTHMA UTERINUM”

podał

D-r Mieczysław Nartowski [Kraków].



Przez „*asthma uterinum*” rozumiemy te przypadki dychawicy, w których napady bywają wywołane odruchowo przez podrażnienie od kobiecego narządu płciowego.

Przypadki takie są bardzo rzadkie. Pierwszym, który na nie zwrócił uwagę i opisał, był HYDE SALTER (1) w roku 1864. Sprawą tą zajmowali się potem GLASGOW (2), HOLLIDAY CROOM (3), BRUEGELMANN (4), PEYER (5), BRISSAUD (6), a w ostatnim czasie KATZ (7). W opisanych atoli przypadkach, z wyjątkiem przypadku KATZ'a, nie wykonano nigdy dokładnego badania płwociny a, tem samem rozpoznanie nie było zupełnie pewnem.

Niektórzy autorowie, jak: LEYDEN (8), STRUEMPELL (9), zwracają uwagę i ostrzegają przed możliwością pomieszania typowej *asthma bronchiale* ze stanami, mającymi wiele podobieństwa do dychawicy, również ostrzegają przed odróżnianiem osobnych postaci dychawicy, jak: *asthma dyspepticum*, *uterinum* i t. p. Autorowie ci o tyle mają słuszość, że przypadki dotąd ogłoszone, nie były w całości dokładnie obrobione, nie zadawano sobie bowiem należytej pracy nad najdokładniejszym zbadaniem płwociny.

Mając do czynienia z dwoma przypadkami typowej dychawicy, w których napady występowały jedynie w czasie miesiączkowania, zająłem się bliżej tą sprawą, chcąc się przekonać, czy to są stany jedynie odruchowe, czy też typowe przypadki „*asthma uterinum*”.

Przypadek I-szy: Karolina S., lat 29. Pod względem dziedziczności nie można wykazać nic szczególnego: tak ojciec, jak i matka żyją dotąd i cieszą się, jak chora opowiada, najlepszem zdrowiem. Z rodzeństwa trzy siostry zdrowe, jedynie najmłodszy brat jest nieco nerwowym. Chora nie przechodziła w młodości żadnych chorób; miesiączkowanie wystąpiło w 15-ym roku i po 3 miesiącach ustało, potem po przerwie 4 miesiące wystąpiło napowrót i odtąd odbywało się normalnie co 28—30 dni. W 25 roku życia wyszła za mąż i dwa razy zupełnie prawidłowo rodziła. Chora opowiada, że kiedy po raz pierwszy wy-

stąpiło miesiączkowanie, dostała silnych zawrotów głowy i napadów dychawicy, co trwało przez pięć dni; napady powtarzały się jak najregularniej przy każdym miesiączkowaniu z wyjątkiem owych 4 miesięcy, w których wolna była zupełnie od napadów. Wtedy chora w 25-ym roku życia wyszła za mąż i już po pierwszym miesiączkowaniu zaszła, napady nie ustały, ale zmniejszone w nasileniu powtarzały się w czasie, na który przypadało miesiączkowanie. To samo miało miejsce przy drugim dziecku.

Badanie chorej [21-go stycznia 1898] nie wykazało najmniejszych zmian narządów wewnętrznych, również badanie narządu płciowego dało wynik ujemny. W wydzielinach niema nic nienormalnego. Chora atoli nadzwyczaj jasno i charakterystycznie opisuje swoje napady dychawiczne, wspominając, że w chwilach napadu uczuwa nagle brak powietrza tak dalece, że musi stanąć przy otwartem oknie i ustami otwartymi chwytać powietrze, by się nie udusić, oddech bywa świszczący tak, że o kilka kroków otoczenie chorej słyszy formalny świst. Napady te powtarzają się co kilkanaście minut tak we dnie, jak i w nocy. Nie mogąc na razie odnaleźć zmian żadnych, poleciłem chorej, by się do mnie zgłosiła podczas miesiączkowania, to jest w czasie, kiedy napady wystąpią.

Badając wtenczas chorą, znalazłem obniżenie dolnej granicy płuc, odgłos opukowy bębnowy, ustawienie klatki piersiowej wdechowe, rozszerzone przestrzenie międzybrowe, duszność wydechową, a podczas napadu silnego stopnia sinicę, brak jakichkolwiek zmian ze strony serca. Przy obsłuchiwaniu objawy lekkiego stopnia *bronchitidis capillaris* i szmery podobne do świstu (*stridor*).

Plwocina niezbyt obfita, wykrztuszona przy końcu napadu, jest śluzową, zawiera nieliczne ciała czerwone i białe krwi, masy rozpadowe, liczne nabłonki pęcherzyków płucnych, myelinę, kryształki CHARCOT'a i włókna spiralne CURSCHMANN'a.

Wydech jest silnie zaostrzonym i przedłużonym, oddech lekko przyspieszony i natężony.

Przypadek II. Marya K., lat 38. Ojciec zmarł na zapalenie nerek, matka żyje i jest zupełnie zdrową. Z rodzeństwa wszyscy są zdrowi. Chorób nie przechodziła żadnych; miesiączkowanie rozpoczęło się w 16 roku życia i odtąd jest zupełnie prawidłowe. Przed siedmiu laty wyszła za mąż, po czterech miesiącach zaszła i odtąd w czasie, na który przypadało miesiączkowanie, miewała silne napady dychawicy, połączone z znaczną sinicą. Poród [normalny] nie uwolnił chorej bynajmniej od dychawicy, owszem z chwilą wystąpienia napowrót miesiączkowania, chora miewa napady znacznie silniejsze. Więcej razy nie rodziła.

Badanie chorej w czasie miesiączkowania, a zatem w chwili występowania napadów, dało rozpoznanie typowej dychawicy. Przy wdechaniu chora przechyla się ku tyłowi, mięśnie szyi napięte silnie, a przy długim wydechu pracuje tłocznia brzuszna. Oddech przyspieszony, świszczący, przestrzenie międzybrowe rozszerzone, odgłos opukowy tympaniczny, przepona nisko ustawiona. Brak zmian patologicznych ze strony serca. Wysłuchiwanie na

początku napadu daje rżęzenie suche, przy końcu napadu wilgotne obok nieoznaczanego i zaostzonego oddechu.

Plwocina śluzowa, ciągnąca się o cechach przypadku pierwszego z bardzo licznymi kryształkami CHARCOT'a i włóknami spiralnymi CURSCHMANN'a.

Badanie jak najdokładniejsze narządów płciowych dało wynik zupełnie ujemny. Również u obu chorych nie znalazłem najmniejszego usposobienia nerwowego.

Oba te przypadki przemawiają zatem za przyjęciem dychawicy samoistnej „*asthma uterinum*“.

Pomijając najrozmaitsze teorye powstawania dychawicy i przechodząc wprost do objaśnienia naszych przypadków, uwzględnić należy czynnik nerwowy, wedle TROUSSEAU'a (10), BERGSON'a (11), SALTER'a (12), ROMBERG'a (13), LEYDEN'a (8), LAZARUS'a (14) i BIRMER'a (15), powodujący kurcz mięśni oskrzelowych lub wywołujący kurcz przepony wedle RIEGEL'a i EDINGER'a (16) i „*fluxionäres Element*“, za którym znowu przemawiają WEBER (17), STOERK (18), a także LEYDEN (8), a który jest koniecznym do wytłómaczenia charakterystycznej plwociny dychawicznej. Uwzględniając zaś miesięczkowanie, jako czynnik trzeci, wśród którego dość często spotykamy się z zaburzeniami nerwowymi, wywołanemi drażnieniem *n. sympathici*, parciem krwi do narządów podbrzuszných, lub inną jakąś drogą, przyjąć musiny, że wszystkie te trzy czynniki mogą dać powód, wywołujący typowe objawy „*asthma uterinum*“.

Wiemy również, że w czasie miesięczkowania przychodzi do obrzmienia błon śluzowych, a podrażnienie zakończeń nerwowych *n. sympathici* jest w stanie wywołać skurcz mięśni oskrzelowych, a tem samem napady dychawicy, czego dowodem choćby ta jedna znana okoliczność, że często u osób zdrowych, bez najmniejszego usposobienia nerwowego, możemy wywołać napad dychawicy jedynie lekkim podrażnieniem błony śluzowej nosa.

W naszych obu przypadkach jest rzeczą nadzwyczaj ważną, że właśnie miesięczkowanie wywołało napady typowej dychawicy u osób zupełnie zresztą zdrowych, nie obciążonych dziedzicznie, że napady te powtarzały się w czasie miesięczkowania lub w czasie, na który ono przypadało, a po jego ustąpieniu znikwały w całości, chore zaś wtedy badane nie okazywały zmian najmniejszych.

L I T E R A T U R A.

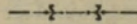
- 1) HYDE SALTER. On Asthma uterinum. *Lancet*. 1864.
- 2) GLASGOW. *American Journal of the medical sciences*, 1887.
- 3) HALLIDAY CROOM. *Edinburgh medical Journal*. 1892.
- 4) BRIEGELMANN. *Ueber Asthma*. 1890.
- 5) PEYER. *Berliner Klinik*, Heft 9.
- 6) BRISSAUD. *Revue de médecine*. 1890.

- 7) KATZ. Deutsche med. Wochenschrift. Nr. 50. 1896.
- 8) LEYDEN. Ueber Bronchialasthma. Deutsche militärärztl. Ztschr. 1896.
- 9) STRÜMPPELL. Lehrb. d. spez. Pathol. und Ther. 7-me wydanie.
- 11) BERGSON. Das krankhafte Asthma der Erwachsenen. 1850.
- 12) SALTER. On Asthma London. 1860.
- 13) ROMBERG. Lehrb. d. Nervenkrankheiten. 3 wydanie.
- 14) LAZARUS. Ueber Reflexe von der Nasenschleimhaut auf die Bronchialasthma. Archiv v. Du Bois-Reymond. 1891.
- 15) BIERMER. Ueber Bronchialasthma. 1870.
- 16) RIEGEL und EDINGER. Exp. Untersuch. zur Lehre von Asthma. Zeitschrift f. klin. Medicin. Bd. V.
- 17) WEBER. Tageblatt der 54 Naturforscherversammlung zu Leipzig. 1872.
- 18) STOERK. Mittheilungen über Bronchialasthma. 1875.
- 10) TROUSSEAU. Clinique med. 2. éd. II.

II. SYFILIS DZIEDZICZNY, JAKO PRZYCZYNA CHORÓB NERWOWYCH.

Opracował

Konstanty Stróżewski.



[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 26].

B. Porażenia mózgowe u dzieci. Porażenia połowiczne.

Etyologia porażień mózgowych u dzieci nie jest dotychczas pewną, mamy tylko mniej lub więcej prawdopodobne hipotezy. Według STRÜMPPELL'a, między innymi mamy do czynienia ze skutkami, wywołanymi przez toksyny; podobnie jak zapalenie nerwów może powstawać wskutek działania różnorodnych bakterii, np. influenzy, gruźlicy, trądu, syfilisu i t. p., tak i porażenia mózgowe u dzieci mogą powstawać wskutek syfilisu dziedzicznego. JACKSON (23) utrzymuje, że często spotykamy się z przypadkami połowicznych porażień u młodych osobników, u których niema choroby serca, nerek lub naczyń. Porażenia owe rozwijają się często powoli, nawet bez utraty przytomności, co pozwala nam rozpoznać rozmiękczenie mózgu wskutek skrzepu. Wiemy, że skrzepy często powstają wskutek syfilisu, a więc i w tych przypadkach podejrzewać możemy syfilis. Prawdopodobieństwo to staje się prawie pewnością, jeśli możemy wyłączyć inne przyczyny i jednocześnie mamy inne objawy syfilisu dziedzicznego. ERLÉNMEYER sądzi, opierając się na swoim doświadczeniu, że syfilis niezawodnie odgrywa znaczną rolę w etyologii porażień mózgowych u dzieci, nierównie większą, aniżeli to dotychczas jest przyjętem. Jak przy nabytym syfilisie, tak i przy wrodzonym bywają różnorodne przyczyny, sprzyjające pojawieniu się znajdujących się w ukryciu objawów syfilisu dziedzicznego; u dzieci najczęściej do takich przyczyn należą: uraz, choroby gorączkowe, dojrzewanie (*pubertas*). GANGHOFNER (24) spostrzegł 54 przypadki porażień mózgowych u dzieci (*diplegia [cerebr. spastica]*) i doszedł do następujących wnio-

sków: w 19 przypadkach nie można było wykryć żadnego pewnego momentu etyologicznego, w 9—choroby po urodzeniu, w 5—ciężki poród z zaduszeniem się, w 21 przypadkach choroby matki; w tych ostatnich bardzo wielką rolę odgrywał syfilis dziedziczny. Badania pośmiertne wykazały, że wskutek syfilisu dziedzicznego bardzo wcześnie, nawet w wewnątrz-macicznym życiu, mogą następować stwardnienia w mózgu i rdzeniu. Zmiany mózgowe, szczególnie w korze, powodują niedorozwój w drogach piramidalnych, zmniejszenie liczby włókien, prócz tego niektóre włókna są nienormalnie cienkie.

ALTHAUS (25) utrzymuje, że nigdy nie widział porażen połowicznych u dzieci bez widocznych objawów syfilisu dziedzicznego, *resp.* nabytego [ten ostatni daleko rzadziej]. BARLOW (26) przytacza 6 przypadków bezwładu połowicznego wskutek syfilisu dziedzicznego, w 2 z nich pośmiertne badanie wykryło charakterystyczne zmiany w naczyniach kółka tętniczego WILLIS'a i stwardnienie obu półkul mózgu. LEES (27), wbrew opinii poprzednich autorów, powołując się na więcej, niż 100, przypadków bezwładu połowicznego i zapalenia opon na podstawie mózgu [około 30 sekcji z nich], sądzi, że syfilis dziedziczny w niewielu z nich odegrał rolę przyczynową. HADDEN (28) na 15 przypadków bezwładu połowicznego skonstatował w 5 syfilis dziedziczny, jako przyczynę bezwładu, pomimo łatwego porodu, a w części tych przypadków i bez poprzedzającej gorączki; a jak wiadomo, najczęściej powstawanie bezwładu kładzie się na karb gorączkowych chorób lub ciężkiego porodu, który powodować ma krwotoki oponowe; jednakże często tak nie bywa. Na dowód, że porażenia mózgowe u dzieci bywają bez wątpienia skutkiem syfilisu dziedzicznego, przytoczę kilka interesujących przypadków z dostępnej mi literatury.

Spostrzeżenie IV FRANKE'a (29).

Kilkotygodniowe dziecko, którego ojciec zaraził się syfilisem na rok przed urodzeniem się tego dziecka, chorowało w ciągu paru miesięcy na syfilityczne wysypki na skórze; kiedy dziecko po przejściu swoistego leczenia uważano za zdrowe, nagle wystąpiły drgawki i zupełne porażenie ruchowe w prawych kończynach z zachowaniem przytomności; drgawki te trwały przez 5 dni. W ciągu paru miesięcy stosowano leczenie swoiste i stan uległ stopniowemu polepszeniu tak, że w 4½ roku życia z objawów chorobowych zauważyć można było tylko nieznaczne osłabienie prawych kończyn i cokolwiek utrudnienia w mowie. Odruchy kolanowe jednakowe z obu stron; niema zaburzeń ze strony kiszki, pęcherza, czucia, ani przy badaniu elektrycznością.

Spostrzeżenie V. Jeszcze bardziej pouczającym jest przypadek, opisany przez VANDERVELDE'a (30):

U 5-letniego dziecka, którego matka dotknięta jest syfilisem, po kilkuniedniowych bólach głowy wystąpiły atetotyczne ruchy w lewej połowie ciała; po kilku tygodniach zjawily się drgawki z całkowitym, lewostronnym niedowładem obok normalnego czucia i oddziaływania na elektryczność. Badanie pośmiertne wykryło: 1) gumat wielkości kurzego jajka, zajmujący zewnętrzne odcinki prawego wzgórka ocznego, graniczące odcinki torebki wewnętrznej.

trzonej i górne części odnóg mózgu (*pedunculi cerebri*), 2) zmiany syfilityczne w naczyniach i 3) typowe zstępujące zwyrodnienie.

Spostrzeżenie VI. HADDEN opisał przypadek powoli rozwijającego się zeszywnienia wszystkich 4 kończyn z obniżeniem władz umysłowych u 2-letniego dziecka, którego ojciec cierpiał na syfilis przed urodzeniem się tego dziecka. Badanie pośmiertne wykryło stwardnienie obu półkul mózgowych.

Spostrzeżenie VII-e. Wielce pouczającym jest następujący przypadek, spostrzegany klinicznie przez M. ZEISSL'a i badany anatomo-patologicznie przez CHIARI'ego (31): 21-letnia kobieta w 1874 r. wyszła zamąż za mężczyznę, zarażonego syfilisem; w 1875 r. urodziła martwy płód; w 1877 r. miała objawy syfilisu, była leczona przez prof. ZEISSL'a; w 1878 r. urodziła zdrowe dziecko. W 6 tygodni po urodzeniu u dziecka tego wystąpiły objawy syfilityczne na skórze i błonach śluzowych; w miesiąc po zniknięciu tych objawów wystąpiły objawy ze strony ośrodków nerwowych, mianowicie: rozszerzenie lewej źrenicy, opadnięcie lewej powieki, porażenie prawego nerwu twarzowego.

Podczas leczenia swoistego tylko opadnięcie powieki ustąpiło; inne objawy pozostały bez zmiany. W 3 miesiące potem wystąpiło zupełne porażenie połowiczne prawostronne, potem napady epileptyczne, 3—4 dziennie, wreszcie śmierć. Badanie pośmiertne dało następujące wyniki: kości czaszkowe normalne; opona twarda mózgowa gładka i blada, opona miękka i pajęczka przekrwione, silnie obrzmiałe i zgrubiałe. Na powierzchni i podstawie mózgu liczne białe, płaskie ogniska. Tętnice kręgowy, podstawowa, szyjowe wewnętrzne i dołu SYLWIUSZA mają ściany zgrubiałe. Po przecięciu okazało się, że tętnica podstawowa (*art. basilaris*) i górny odcinek tętnicy kręgowy zatkane były w $\frac{2}{3}$ swego światła dość miękką tkanką. Konsystencya mózgu bardzo miękka. W mózgu tu i owdzie biało-szare ogniska wielkości lepka szpilki, wyraźnie odgraniczone. Komory mózgowe posiadały wymiary prawidłowe.

Z nerwów czaszkowych prawy twarzowy grubszy, aniżeli lewy. Prócz tego zmiany syfilityczne w krtani, gardzieli, podniebieniu miękkim, języku i wątrobie. Badanie drobnowidzowe stwierdziło, że płaskie, białe ogniska w nacieczonych drobnymi komórkami błonach mózgowych, miękkiej i pajęczej, są ogniskami zapalnymi, składającymi się z tkanki ziarninującej z bardzo przekrwionymi naczyniami.

Wyżej wzmiankowane tętnice wykazywały typowe zmiany syfilityczne, opisane przez HEUBNER'a. Biało-żółte ogniska w mózgu okazały się nacieczeniem komórek, powstałych z zatycki (*embolia*). *Neurilemma* prawego nerwu twarzowego silniej nacieczona drobnymi komórkami, aniżeli lewego. Wszystkie te patologiczne zmiany były skutkiem zapalenia, które, jak to często ma miejsce przy syfilisie, miało przeważnie charakter produkcyjny.

Spostrzeżenie VIII-e. Interesujący przypadek opisał BROADBENT (23). 3-letnie dziecko, mało rozwinięte, delikatne, zębki dostało późno i już straciło niektóre, chodzić zaczęło dopiero przed 3 miesiącami, usposobienia ostrego, szybko zapada w gniew. Matka tego dziecka ciągle była chora od zamążpój-

ścia i miała jeszcze jedno dziecko, które umarło z wyniszczenia w 5 tygodni po urodzeniu. Przed 3 tygodniami dziecko owo dostało seryi napadów epileptycznych, rozbijając sobie przytem głowę; napad trwał około 1½ godziny z utratą przytomności; od 2 dni porażenie lewych kończyn. W szpitalu znaleziono stan następujący: nieprzytomna, oczy na w pół otwarte, zwrócone w lewą stronę; lewe kończyny porażone [więcej noga], cokolwiek sztywne; duży palec lewej ręki zgięty do dłoni; prawe kończyny w ciągłym ruchu; mocz oddaje pod siebie. Na następny dzień silny napad drgawek, po napadzie ręce i nogi przykurczone; ostatnie kilka godzin przed śmiercią ciepłota nagle podniosła się do 105° F.. Badanie pośmiertne wykryło: w płucach przekrwienie; na wątrobie sporo blizn różnej wielkości, *capsula* zgrubiała. Opona twarda mózgowa nie przedstawiała nic nienormalnego; pajęczka i miękka silnie przekrwione, szczególnie na tylnych częściach półkul; rozmiękczenie tylnej części prawej półkuli; prawie czarna czerwoność wierzchołka lewego zraza potylicowego, który przedstawia się twardym, jak skóra. Na przekroju mózg silnie przekrwiony, zwłaszcza w tylnych częściach. Komory mózgowe zawierały niezwykłą ilość płynu. Powierzchnia ciał prążkowanych i ściany komór mózgowych silnie unaczynione. Główna zmiana dotyczyła lewego potylicowego zawoju i stwardnienie owo ograniczone było przez brzozy ciemienia-potylicową i ostrogową (*calcarina*); opona miękka na tem miejscu silnie była przekrwiona i przyośnięta; zanik szarej substancji, a biała twarda, jak skóra. Nieznaczne stwardnienie tylnej części lewego wzgórka ocznego i poprzecznych włókien mostu. Mózdzek normalny.

Spostrzeżenie IX-te ANGEL MONEY'a:

Chłopiec pierwszy raz widziany był przez autora w 11-ym miesiącu życia z wodogłowiem, czaszka była wtedy „*natiforme*“, nos zapadnięty, śledziona powiększona, oznaki rozlanego zapalenia na naczyniówce. Syfilisem dotknięci byli wszyscy członkowie rodziny. Chłopiec poprawił się i zdawał się być zdrowym do 4-go roku życia, wtedy rozwinął się lewostronny, spastyczny bezwład, następnie chory stracił mowę i powstał prawostronny, spastyczny bezwład narazie śmierć.

Badanie pośmiertne wykryło: wielkie zmiany w tętnicach mózgowych; zanik i stwardnienie substancji mózkowej, większe w tych miejscach, w których i tętnice są więcej zmienione. Opona twarda w okolicy skroniowej gruba na 1,2 ctm., podobna do fibromatu; na ependymie granulacje.

Spostrzeżenie X-te. Ciekawy i szczegółowo spostrzegany w szpitalu przypadek opisał MARFAN (33):

U 4-miesięcznego dziecka wystąpił bezwład połowiczny z udziałem nerwu twarzewego (*hemiplegia sin. motoria*), w miesiąc potem objawy syfilisu na skórze.

Wszystkie objawy zniknęły pod wpływem leczenia swoistego. Autor przypuszcza cierpienie naczyń w mózgu wskutek syfilisu dziedzicznego (*obliterationo arteriae*). Jednocześnie autor podaje opis syfilisu u ojca, matki i pierwszego ich dziecka; chora opisana powyżej była ich drugim dzieckiem. Wszyscy ci chorzy leczeni byli w szpitalu.

Spostrzeżenie XI-te. LEVY-DORN (34) przedstawił w Tow. Lek. Berl. chorego 30-letniego z kliniki OPPENHEIM'a z porażeniem prawej górnej kończyny i dolnych gałązek prawego nerwu twarzewego (*monoparesis facio-brachialis dex.*). Rozpoznanie syfilisu dziedzicznego, jako przyczyny tego cierpienia, autor opiera na tem, że rodzice chorego z pewnością zarażeni byli syfilisem, sam zaś chory przed 9 laty chorował na ciężkie i długie cierpienie oczu; leczono go wtedy wpuszczaniem atropiny do oka i wcieraniem szaruchy.

Spostrzeżenie XII-te. SUCKLING (35) przedstawił w Tow. Lek. Londyn. 3-letniego chłopca, dotkniętego syfilisem dziedzicznym; chłopiec ten miał w 3 miesiącu życia wysypkę syfilityczną na około odbytu i ust; w 2-gim roku życia zapalenie naczyńówki rozsiane i bieganie oczu (*nystagmus*); przed miesiącem wystąpiły bóle głowy i w ciągu ostatnich 2 dni bezwład połowiczny.

Spostrzeżenie XIII-te. CANZINOTTI i ETIENNE (36) opisali dziewczynę, u której dziedziczny syfilis przejawiał się dopiero w 26 roku jej życia. Objawy mózgowie [halucynacje, wymioty, bezwład połowiczny, niemota] wystąpiły po urazie w głowę; uraz tutaj odegrał rolę *agent provocateur*. Objawy wszystkie znikły pod wpływem leczenia swoistego.

C. Napady epileptyczne.

a) Napady zwykłe.

Przyczyn padaczki niezawodnie jest wiele, lecz syfilis dziedziczny odgrywa między niemi niepoślednią rolę. Już HOFFMANN w 1712 roku opisał przypadek napadów epileptycznych u 9-letniej dziewczynki, której ojciec przechodził syfilis. Leczenie swoiste w powyższym przypadku usunęło zupełnie napady. Napady epileptyczne wskutek syfilisu dziedzicznego bez innych objawów należą do bardzo rzadkich. Najczęściej obok napadów udaje się nam stwierdzić bóle głowy i zmianę inteligencji i charakteru chorego na pewien czas przed wystąpieniem napadów. Napady epileptyczne wraz z innymi objawami należą do częstych zjawisk u osobników, dotkniętych syfilisem dziedzicznym. GERHARDT (37) sądzi, że syfilis dziedziczny o wiele częściej bywa przyczyną padaczki u dzieci, aniżeli wogóle o tem myślą. HEUBNER (38) twierdzi, opierając się na własnem doświadczeniu, że przypadki śmierci u dzieci wskutek drgawek eklamptycznych, w których na sekcjach nie wykrywamy żadnych zmian, odnieść należy do skutków syfilisu dziedzicznego. Według HADDEN'a dziecinna eklampsja może być jedyną oznaką syfilisu dziedzicznego; autor ów spostrzegał niejednokrotnie takie przypadki napadów, które nie chciały ustąpić pod wpływem bromków i innych podobnych środków, a ustępowały leczeniu rtęcią.

Spostrzeżenie XIV-te. FOURNIER podaje następujący przypadek padaczki wskutek syfilisu dziedzicznego.

Rodzice, oboje zarażeni syfilisem, mieli 3 dzieci, z których 1-sze przyszło na świat martwe w 8-ym miesiącu, 2-gie urodziło się w swoim czasie z licznymi i ciężkimi objawami syfilisu i umarło w 6 tygodni po urodzeniu, wreszcie 3-cie dziecko urodziło się zdrowe. To ostatnie dziecko w 3 tygodnie po urodzeniu miało liczne objawy syfilisu na skórze; przeszło wtedy swoiste le-

czenie i zdrowem było do 9 roku życia. Wtedy wystąpiło bezwiedne oddawanie moczu nocą pod siebie (*enuresis nocturna*) od czasu do czasu, prawdopodobnie wskutek nocnych napadów epileptycznych. Po pewnym czasie dzienne napady epileptyczne w ciągu kilku miesięcy; potem przyłączyło się osłabienie inteligencji i pamięci; nierówność źrenic, osłabienie wzroku, słuchu; wymioty od czasu do czasu; osłabienie siły mięśniowej, porażenie 6-ej pary nerwów czaszkowych, podwójne widzenie, zez, wreszcie bezwład połowiczny i śmierć. Badanie pośmiertne wykryło: zmiany w kościach czaszkowych niezawodnie pochodzenia syfilitycznego, zgrubienie opon mózgowych, zrosty ich z substancją mózgową, ogniska rozmiękania w okolicach zwojów centralnych.

Spostrzeżenie XV-te. RIPOLLA (39) podaje opis napadów epileptycznych bez innych objawów. Przypadek ten dotyczył chłopca, którego oboje rodzice zarażeni byli syfilisem; chłopiec ów w 12 roku życia dostał napadu epileptycznego; napady powtarzały się w odstępach nieregularnych w ciągu 10 lat bez żadnych innych objawów. Po 10 latach wystąpiły jawne objawy syfilisu na kościach, na goleni i obojczyku. Po zastosowaniu leczenia swoistego ustąpiły i cierpienia kości i napady epileptyczne.

Spostrzeżenie XVI-te. ALTHAUS (40) przytacza historię dziecka, pochodzącego od rodziców zarażonych syfilisem, które od 2-go do 9-go roku życia miało częste napady epileptyczne, niekiedy do siedmiu dziennie, bez innych objawów; w 9-ym roku życia zaczęła słabnąć pamięć. Wtedy zastosowane leczenie swoiste usunęło w zupełności napady epileptyczne.

Spostrzeżenie XVII-te. HEUBNER opisał 2½-letniego chłopca, który od 8 tygodni miewa napady ogólnego zeszywnienia, po 8 razy dziennie; prócz tego znaczne zaburzenia mowy i inteligencji; gruczoły chłonne obrzmiały. Podawano bromki bezskutecznie; po zastosowaniu leczenia swoistego zupełne wyleczenie.

Spostrzeżenie XVIII-te. MONEY (44) przedstawił w Tow. Lek. Lond. mózg z zanikiem i stwardnieniem lewej półkuli, bez zmian w naczyniach i oponach wskutek syfilisu dziedzicznego. Mózg ten pochodził od 16-miesięcznego dziecka, które zmarło w drgawkach; dziecko za życia nie mogło ani stać, ani siedzieć, ani chodzić; wszystkie kończyny były spastyczne.

Spostrzeżenie XIX-te. Bardzo ściśle badany klinicznie przypadek napadów epileptycznych opisali DECLERCQ i MASSON (42) z kliniki prof. LELOIR'a. Ojciec dziecka ma objawy syfilisu, matka w 2-gim miesiącu ciąży przedstawiała liczne syfilityczne objawy, dziecko urodziło się donoszone z objawami syfilitycznymi na skórze; dziecko słabo zbudowane, blade. W miesiąc po urodzeniu wystąpiły napady epileptyczne dwóch typów: 1) kilka ruchów wszystkimi kończynami, potem chwila spokoju, następnie drgawki równomierne w kończynie dolnej prawej, potem w górnej prawej, nareszcie głowa przechyliła się mocno w prawo, twarz patrzy w prawo, usta zaciśnięte kurczowo. Napad trwa 40—50 sekund, uspakają się zwolna, nie przechodząc na lewą stronę, potem sen i znowu napad; jednym słowem: prawie *état de mal*. Drugi typ napadów zaczyna się początkowym krzykiem, potem drgawki w lewej górnej kończynie, potem głowa przechyliła się wprawo, następnie drgawki w prawej górnej i pra-

wej dolnej. Po zastosowaniu wcierań szaruchy i jodu do wewnątrz po 18 dniach napady ustąpiły.

b) Napady o typie epilepsji JACKSON'a.

Wskutek syfilisu dziedzicznego mogą występować napady o charakterze epilepsji JACKSON'a, przypadki te jednak należą do bardzo rzadkich.

Spostrzeżenie XX-te. R. FISCHL (43) bardzo ściśle spostrzegał i opisał podobny przypadek. Dotychczas zdrowa kobieta, mająca jedno zdrowe dziecko, zaraziła się od męża w 1884 r. syfilisem [mąż niedawno przedtem miał twardego szankra], wkrótce potem wystąpiły u niej bardzo silne wtórne objawy, które zniknęły po zastosowaniu wcierań szaruchy.

W 1885 r. urodził się martwy, zmacerowany płód i nawrót wtórnych objawów z poprawą od jodku potasu. W 1886 r. ciąża i poród w swoim czasie: urodził się dobrze zbudowany chłopiec z zezem rozbieżnym; w 2 tygodnie po urodzeniu dziecko dostało *coryza*, napad eklamptyczny w ciągu godziny, potem wyraźne objawy syfilisu na skórze i kościach; po wcieraniach szaruchy bardzo powolna poprawa; dziecko późno i źle nauczyło się biegać, jeszcze gorzej mówić, inteligencja jego widocznie powstrzymana.

W 1887 r. nowa ciąża, podczas której znówu objawy swoiste w gardle u matki; w swoim czasie urodziła się dobrze zbudowana dziewczynka bez żadnych objawów chorobowych. W 4 tygodnie po urodzeniu, z ostrożności, zastosowano dziewczynce wcierania, a matce jodek potasu. W 4 miesiące potem wystąpiły u dziewczynki napady o charakterze epilepsji JACKSON'owskiej: bez zwiastunów i bez najmniejszego zaburzenia świadomości, nagle przykurczenie wszystkich mięśni prawej dolnej kończyny—noga w stawie biodrowym, kolanowym i skokowym silnie wyprostowana i skrzyżowana z lewą dolną kończyną; napady owe zdają się być bolesne, gdyż dziecko krzyczy; trwają po kilka minut, 3—4 razy dziennie; podczas miesiączkowania matki częściej i silniej. Po napadzie normalny stan dotkniętych mięśni. Ucisk na mięśnie, nerwy i naczyńnia nie wywołuje napadu. Zresztą powiększenie wątroby i śledziony.

Spostrzeżenia od XXI do XXVII-go. ERLÉNMEYER opisał bardzo interesujące 7 przypadków, z których w 6 [4 chłopców w wieku lat 12, 15, 16 i 16; 2 dziewczyny 15-letnia i 16-letnia] występowały napady drgawek epileptycznych JACKSON'a w kończynach z jednej strony ciała; kończyny te były jednocześnie krótsze i cieńsze od kończyn przeciwnej strony: różnica w długości wynosiła 2—3 ctm., w objętości 2,5—3 ctm.; w 7-ym przypadku napady ogólnej epilepsji. Zaburzeń żadnych ani w ruchowej, ani czuciowej sferze, ani przy badaniu elektrycznością nie znaleziono. W 5-ciu z tych przypadków niezawodnym był syfilis dziedziczny, w 2-ch bardzo prawdopodobnym.

Wywiady wykryły, że chorzy powyżsi. w pierwszym lub w pierwszych latach swego życia podlegali jakiejś gorączkowej chorobie, określanej, jako zapalenie mózgu. ERLÉNMEYER sądzi, że gorączkowa choroba odegrała tutaj rolę przyczyny, wywołującej z ukrycia syfilis dziedziczny.

Zwykłe porażenie mózgowe u dzieci różni się od powyżej opisanych tylko obecnością porażień i przykurczeń w kończynach, dotkniętych drgawkami,

a więc różnica anatomo-patologiczna polega tylko na rozciągłości zmian w mózgu; prawdopodobnie przy ciężkich formach zmiany nie tylko w korze, lecz i w białej substancji, przy lekkich zaś tylko w korze. ERLLENMEYER zwraca uwagę na powstrzymany rozwój inteligencji u dzieci, dotkniętych połowicznym niedorozwojem ciała z epilepsją, co często wskazuje na syfilis dziedziczny jako przyczynę cierpienia.

D. Wodogłowie.

Etyologia wodogłowia wogóle jest dość ciemną. Do ostatnich czasów nawet nie wliczano syfilisu do rzędu przyczyn, wywołujących wodogłowie. Niektórzy z autorów [BAGINSKY, ROGER] wprost nie uznawali przyczynowego związku pomiędzy temi dwiema chorobami, niektórzy [OPPENHEIM, ZIEGLER, EICHORST] uważali syfilis za jedną z przyczyn, sprzyjających powstawaniu wodogłowia (*Gelegenheitsursache*). Pierwszy BAERENSPRUNG (44) ogłosił 4 przypadki wodogłowia u dzieci, dotkniętych syfilisem dziedzicznym, lecz i ten autor nie kładł nacisku wyraźnego na przyczynowy związek syfilisu i wodogłowia. Dopiero spostrzeżenia ostatnich lat, szczególnie SANDOZ'a (45), LEONA d'ASTROS (45), ELSNEE'a (47), HAUSHALTER'a i THIRY (48), HELLER'a (49), FOURNIER'a (50) HEUBNER'a MONEY'a i innych zwróciły dostateczną uwagę nie tylko na możliwość powstawania wodogłowia wskutek syfilisu dziedzicznego, lecz i na to, że przypadki podobne spotyfiają się o wiele częściej, aniżeli bywają ogłaszane i że wodogłowie niejednokrotnie może być pierwszym, a nawet jedynym objawem syfilisu dziedzicznego. FOURNIER ogłosił przeszło 30 przypadków wodogłowia u dzieci, dotkniętych syfilisem dziedzicznym i uważa cierpienie to za należące do t. z. cierpień parasyfilitycznych. LEON d'ASTROS, opierając się na badaniach pośmiertnych, sądzi, że patogeneza omawianego cierpienia bywa dwójaka: 1) albo wodogłowie powstaje wskutek powstrzymania rozwoju mózgu pod wpływem szkodliwego działania syfilisu dziedzicznego na odżywianie, 2) albo wskutek swoistego zapalenia włóknistego ependymy komór mózgowych. HEUBNER sądzi, że wodogłowie często bywa skutkiem syfilisu dziedzicznego, w rodzaju FOURNIER'a parasyfilitycznych cierpień, i z tego względu na sekcjach możemy nie znajdować zmian swoistych.

Doświadczenie uczy, iż nie rzadko wodogłowie rozwija się wprost po zniknięciu zewnętrznych objawów syfilisu dziedzicznego. Jak słusznie piszą HAUSHALTER i THIRY, tylko badania kliniczne i anatomo-patologiczne w świeżych przypadkach wodogłowia mogą wyjaśnić kwestję pochodzenia tego cierpienia, gdyż w przypadkach dawnych zmiany pierwotne bywają zamaskowane przez zaburzenia wtórne, powstałe wskutek ucisku mechanicznego na mózg.

Rozpoznawanie wodogłowia, powstałego wskutek syfilisu dziedzicznego, przedstawia niejednokrotnie bardzo trudne zadanie. Do cech charakterystycznych dla wodogłowia wskutek syfilisu dziedzicznego należą: 1) wczesne powstawanie wodogłowia, już w pierwszych miesiącach życia, a nawet, jak to spostrzegal BAERENSPRUNG, i podczas wewnątrzmacicznego życia i 2) szybki wzrost jego. Według zdania LEONA d'ASTROS, każde wczesnie powstające wodogłowie powinno wzbudzić podejrzenie na syfilis dziedziczny. Wtedy powinniśmy uważnie poszukiwać innych oznak syfilisu dziedzicznego i zebrać

szczególne wywiady. Jakem wyżej to zazaczył, wodogłowie niekiedy bywa pierwszym, a nawet jedynym objawem syfilisu dziedzicznego. Ma to wielkie znaczenie praktyczne, gdyż, jak to zobaczymy poniżej, w jednym z przypadków d'Astros'a nastąpiło zarażenie syfilisem mamki od dziecka, u którego pierwiej rozwinęło się wodogłowie, a dopiero następnie inne objawy dziedzicznego syfilisu.

Dla jaśniejszego przedstawienia tak ważnej kwestyi przytoczę kilka pouczających spostrzeżeń z dostępcnej mi literatury.

Spostrzeżenie XXVIII-me L. d'Astros'a.

Dziewczynka urodziła się dnia 24. X. 1889 r. dobrze zbudowana, bez żadnych objawów lub oznak syfilisu. Rodzice nieznan. W grudniu główka zaczęła się powiększać; powiększenie to następowało szybko; dziecko przestało uśmiechać się; za ledwie może utrzymać główkę, drgawek niema; zez, oczy zwrócone na dół. W lutym 1890 r. wystąpiła wysypka i *plâques muqueuses* na pochwie i odbycie, później owrzodzenia syfilityczne. 3 marca śmierć. Badanie pośmiertne wykryło: po otwarciu czaszki i rozcięciu opon wypłynęło około 1½ litra płynu; mózg w stanie zaniku z brakiem ciała spoistego i przetrzeni odnogowej (*trigonum intercrurale*).

Interesującym jest bardzo fakt, że mamka, karmiąca owo dziecko, zanim dostrzeżono inne objawy syfilisu, dostała na piersi twardego szankra z następnymi objawami syfilisu, które powtórzyły się parokrotnie.

Spostrzeżenie XXIX-te L. d'Astros'a.

Dziewczynka urodziła się dnia 20. IV. 1891 r. z matki, która nie przedstawiała żadnych objawów syfilisu. Dziecko zdrowe do 18. V.; wtedy główka zaczyna się powiększać, dziecko krzyczy; lekki zez, oczy zwrócone na dół; ogólna sztywność w tułowiu i kończynach. Podejrzewając syfilis, chociaż nie było żadnej wysypki, autor odstawił mamkę i kazał karmić dziecko mlekiem osłicy. Główka szybko rośnie; po 10 dniach występują objawy syfilisu na błonach śluzowych i skórze, z początku nieznaczne, potem bardzo wyraźne, nareszcie śmierć dnia 9. VI. i badanie pośmiertne, które wykryło: wodogłowie wewnętrzne, płynu 390 ctm.; komory boczne szerokie, ściany ich bardzo ścięnczałe, zwyrodnienie ependymy. W narządach wewnętrznych liczne objawy syfilisu.

Spostrzeżenie XXX-te — SANDOZ'a, cytowane przez d'Astros'a.

9-tygodniowe dziecko, którego ojciec ma objawy syfilisu, a matka rodziła poprzednio 7½-miesięczny płód, w miesiąc po urodzeniu miało liczne objawy syfilityczne na skórze i błonach śluzowych. Po zastosowaniu leczenia swoistego wszystkie te objawy zniknęły. Wtedy zaczęła powiększać się główka; obwód jej w ciągu miesiąca powiększył się o 10½ ctm.; wtedy wystąpiły drgawki i wreszcie śmierć. Badanie pośmiertne stwierdziło wodogłowie wewnętrzne, znaczne rozszerzenie komór mózgowych, zgrubienie ependymy i nacieczenie splotu naczyniowego (*plexus chorioideus*).

Spostrzeżenie XXXI-sze. Przypadek wodogłowia, powstałego wskutek syfilisu dziedzicznego i wyleczonego po zastosowaniu leczenia swoistego, podaje HELLER.

Dziecko, urodzone w swoim czasie, rozwijało się normalnie w ciągu pierwszych 4 tygodni życia, następnie zachorowało na zaburzenia kiszkowe, w 7-ym tygodniu życia wysypki syfilityczne na skórze. Po zastosowaniu leczenia swoistego wysypki zniknęły, dziecko znowu zdrowe dobrze się rozwijało; 2 miesiące potem zaczęła powiększać się główka, a włosy na głowie i brwiach wypadły. Żadnych objawów krzywicy. Zastosowano leczenie jodowe, wkrótce nastąpiła poprawa: główka straciła swój nieforemny kształt, zniknął zastój żylny na skórze głowy, włosy zaczęły rosnąć. W ciągu kilku następnych miesięcy dziecko rozwijało się normalnie i było zdrowe.

HELLER (51) spostrzegał powyższe dziecko w ciągu 7½ lat; wtedy wystąpiły nowe objawy syfilityczne, mianowicie gumat ramienia, doskonale widoczny na zdjęciu przy pomocy promieni ROENTGEN'a. Gumat ów zniknął po zastosowaniu leczenia swoistego. Prócz tego dziecko owo miało zęby charakterystyczne t. z. HUTCHINSON'a. Krzywicy ani śladu.

SANDOZ również spostrzegał przypadek wodogłowia, wyleczony dzięki zastosowaniu leczenia swoistego.

Spostrzeżenie XXXII-e HAUSHALTFR'a i THIRY:

4-miesięczne dziecko, którego matka nie ma żadnych objawów syfilisu; a z 8 rodzeństwa 5 zmarło we wczesnem dzieciństwie, blade, chude, ma wyraźne objawy syfilisu dziedzicznego na skórze, kościach i błonach śluzowych. Po zastosowaniu leczenia swoistego wszystkie objawy syfilisu ustąpiły. W miesiąc potem zjawily się drgawki, bieganie oczu, wysypka na skórze i błonach śluzowych i głowa zaczęła powiększać się w ciągu 20 dni, nareszcie wystąpiła sztywność w karku i kończynach i śmierć. Badanie pośmiertne wykryło: znaczne zewnętrzne wodogłowie; nacieczenie gumatyczne opony miękkiej, szczególnie wzdłuż naczyń i zapalenie rozlane opony pajęczej.

E. Zapalenie opon mózgowych. Zapalenie mózgu ostre.

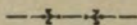
Cierpienie opon mózgowych przy syfilisie dziedzicznym należy do bardzo częstych objawów, jakieśmy to już w powyżej podanych przypadkach widzieli. Niekiedy ono ludzko może naśladować zapalenie opon gruźlicze, zwykle zaś różni się od gruźliczego brakiem gorączki i obecnością oznak syfilisu dziedzicznego. Niekiedy przebiega przewlekłe, całe miesiące, powodując niedorozwój umysłowy, idyotyzm lub też, co bardzo często się zdarza, wodogłowie. Niekiedy syfilis dziedziczny przebiega z charakterem ostrego zapalenia mózgu. HEUBNER często spostrzegał przypadki syfilisu dziedzicznego z objawami ostrego zapalenia mózgu bez żadnych objawów zewnętrznych syfilisu, leczone z dobrym skutkiem rtęcią.

Spostrzeżenie XXXIII-cie. Bardzo interesujący i niezwykle rzadki przypadek krwawego zapalenia opon mózgowych (*pachymeningitis haemorrhagica*) wskutek syfilisu dziedzicznego spostrzegał prof. HEUBNER (52): 7-tygodniowe, nieprawe dziecko, które przyszło na świat z licznymi objawami syfilisu na skórze, cierpi na silny nieżyt i zatkanie nosa, oddechać może tylko ustami, na skórze ma wysypkę syfilityczną. Po zastosowaniu leczenia swoistego w ciągu 5 tygodni wysypka zniknęła, nieżyt zmniejszył się; wtedy spostrzeżono

stopniowe zwiększanie się głowy, po miesiącu wystąpiły napady epileptyczne, które powtarzały się co parę dni i trwały po kilka minut. Głowa stale powiększała się; po kilkunastu dniach nowa wysypka syfilityczna. Dziecko żyło jeszcze miesiąc, podczas tego czasu spostrzegano: napady epileptyczne, zwiększanie się głowy, wysypki na skórze, powiększenie wątroby i śledziony. Badanie pośmiertne, dokonane przez prof. WEIGERT'a, wykryło: na powierzchni opony twardej, na sierpie (*falx*) i częściowo na podstawie znajduje się ciemno-czerwona, grubości jednego milimetra, warstwa; opona twarda pozostaje w ścisłym połączeniu z kośćmi, od których tylko z trudem udaje się ją oderwać; komory mózgowie bardzo nieznacznie rozszerzone; substancja mózgowa nie przedstawia nic godnego uwagi.

[D. n.].

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.



91. Enderlen. O wgajaniu suchych i wilgotnych kawałków skóry.

W metodzie THIERSCH'a przenoszenia płatów naskórkowych z biegiem czasu zaprowadzono rozmaite zmiany i ulepszenia; EWALD i inni nie usuwają uprzednio ziarniny, dowodząc, iż ona jest aż nadto dobrym gruntem do przeszczepiania skrawków. Wielce interesujące, zwłaszcza pod względem teoretycznym są próby WENTSCHER'a, który stosuje do transplantacji nie świeżo ścięte płaty, lecz przechowane przez pewien czas bądź na sucho, bądź w płynie. O tem samem wspomina EVERSBUCH, który trzymał płatki po 6—7 godzin w 0,6% roztworze soli kuchennej i otrzymywał również dobre wyniki, jak przy zwyczajnem postępowaniu.

WENTSCHER wycinał skrawki, umieszczał je w roztworze soli kuchennej i dopiero nazajutrz lub później przenosił na rany. Ostatecznie przyszedł do wniosku, iż tak traktowane skrawki skórne nie tracą swojej żywotności w ciągu 24—48 godzin. Z ogólnej liczby 53 przypadków 35 dało dobry wynik w biologicznym znaczeniu [t. j. wykryto rozrost komórek naskórkowych, pochodzących z nałożonego skrawka], w 18 osiągnięto cel i w znaczeniu klinicznym [zagojenie rany]. Najstarszy z powodzeniem przeniesiony płat liczył 22 dni. Na wpływy ciepła skrawki nie bardzo były wrażliwe: temperatura +5° C. stosowana w ciągu 14 godzin nie zabijała żywotności naskórka; z wysokimi temperaturami było gorzej: ciepło +50 C. czasami przyprawiało skrawki o śmierć. Na czynniki chemiczne płatki są nader wrażliwe: przy najłagodniejszym przeciwnie postępowaniu otrzymywano wyniki ujemne.

Jakież może mieć praktyczne znaczenie możność przechowywania płatków przez czas dłuższy? Wiadomo, iż nieraz mamy do czynienia z tak wielkimi brakami skóry, że je za jednym razem sposobem THIERSCH'a pokryć niepodobna, wówczas należy robić dwa razy operację i dwa razy chloroformować chorego, co niezawsze jest rzeczą obojętną; mając zaś zapas skrawków, możemy wszystko załatwić pod jednym uspieniem; zapas ten możemy zrobić przy pierwszej lepszej amputacji kończyny ze zdrową skórą.

Wogóle wyniki WENTSCHER'a są zbyt dobre i zachęcające do dalszych badań. Że, na przykład, nabłonek migawkowy zachowuje w ciągu kilkunastu dni zdolność wykonywania ruchów migawkowych, o tem wiadomo oddawna; aby jednak zbiór komórek, pozbawionych normalnych warunków odżywiania, mógł

rozmnażać się, to rzecz nowa. Do ostatnich czasów przy przemieszczaniu sposobem THIERSCH'a starano się o możliwie prędkie przenoszenie ściętych płatów na ranę, aby nie zatraciły swych własności żywotnych; jednakże łatwo przyjść do wniosku, że, bądź co bądź, musi ten naskórek posiadać pewną odporność, gdyż przez pierwsze kilka godzin od chwili przeniesienia najwidoczniej znajduje się on w warunkach, nie sprzyjających odżywianiu.

Badanie drobnowidzowe w każdym przypadku wykazuje zanik powierzchniowych warstw naskórka, tak, iż rozmnażanie odbywa się jedynie w głębszych warstwach. Tkanka łączna skrawków podlega zupełnemu zanikowi; nowa zaś tkanka łączna pochodzi z dna rany.

ENDERLEN w swych klinicznych doświadczeniach postępował w sposób następujący. Ocięte płatki naskórka przechowywał krótszy lub dłuższy czas albo w wyjałowionym roztworze soli kuchennej [6:1000], albo wprost na czystej gazie w naczyniu szczelnie zamkniętym przy ciepocie pokojowej [w sali operacyjnej]. Płatki trzymane na sucho zwijały się nieco i robiły się podobne do pergaminu; przed użyciem zanurzano je w roztworze soli kuchennej, poczem przybierały wygląd zupełnie świeży. Powierzchnię rany przygotowywano zawsze bardzo starannie: usuwano ziarninę i zatrzymywano krwawienie. ENDERLEN pokrywał najrozmaitsze braki skórne, biorąc skrawki bądź z innych osobników, bądź z tegoż samego. Dla sprawdzenia łączył razem skrawki przechowywane na sucho ze skrawkami trzymanymi w soli; jednocześnie z nimi nakładał i świeżo ścięte płaty.

W celu sprawdzania zachodzących spraw biologicznych 4—3 dnia po operacji wycinał skrawki ze środka rany i badał je pod drobnowidzem, przyczem zwracał baczna uwagę, czy rozmnażający się naskórek w samej rzeczy pochodzi z nałożonego skrawka; dzielenie się jąder w komórkach upewniało go o zachodzących sprawach nowopowstawania naskórka. Po za tem zwracał on uwagę na wygląd gojących się powierzchni: na kolor płatów, na okalający je pierścień młodego naskórka, na zachowanie się ziarniny w miejscach niepokrytych.

Na zasadzie szeregu doświadczeń przychodzi on do następujących wniosków. Przy nowym sposobie sprawa gojenia odbywa się tak samo, jak przy zastosowaniu świeżych skrawków: wyraźny rozrost naskórka ma miejsce tylko w najgłębszych warstwach, górne zaś martwieją i odpadają. Rozmnażanie się komórek idzie stanowczo wolniej, niż przy sposobie THIERSCH'a, czego wyrazem jest stosunkowo węższy pas nowopowstającego naskórka, naprzykład w jednym przypadku po 4 dniach świeżo nałożony skrawek był otoczony bardzo wyraźnym pierścieniem o charakterystycznym sinem zabarwieniem, na leżącym zaś obok płatku, który przed operacją leżał czas pewien w soli, nie podobnego nie było.

Zestawiając wyniki WENTSCHER'a i ENDERLEN'a, na pierwszy rzut oka wydaje się, jakoby doświadczenia pierwszego były uwieńczone lepszym rezultatem, dla wyjaśnienia tej kwestyi E. zwraca uwagę, iż nie zawsze nowopowstający naskórek pochodzi z nałożonych skrawków, naprzykład w jednym razie, pomimo zaniku skrawka, zjawiła się kępka naskórka na samym środku rany zdala od brzegów skórnych; drobiazgowo badanie drobnowidzowe wykryło, iż naskórek ten formuje się z grupy komórek, wyścielających gruczoł potowy, wyszczepiający się na dnie rany.

Ostatecznie ENDERLEN radzi przy przemieszczaniach trzymać się nadal starego sposobu THIERSCH'a, motywując to statystyką WENTSCHER'a, który kliniczny dobry wynik otrzymał w 30% przypadków, podczas gdy przy THIERSCH'a mamy go niemal w 100%. Jeżeli zaś chcemy postępować nową metodą, nie należy brać płatów starszych nad 4 dni.

92. Latzko W. Przyczynki do rozpoznawania i leczenia rozmiękania kości (*osteomalacia*).

Trzebieenie kobiet chorych na rozmiękanie kości, zalecane i wypróbowane przez FEHLING'a, otworzyło nową erę w historii leczenia tej choroby. Cierpieniem, uważanem do ostatnich czasów za nieuleczalne, poczęto zajmować się gorliwie, ze wszech stron nadsyłano dokładnie opisane przypadki, uleczone sposobem FEHLING'a.

Dzięki temu przekonano się przedewszystkiem, że rozmiękanie kości bynajmniej nie jest cierpieniem tak ograniczonym etnograficznie, jak to przypuszczano poprzednio. Węgry, uważane za wolne od osteomalacji, w krótkim czasie ogłosiły 50 przypadków. Ogłaszano dobrze spostrzegane przypadki z Niemiec Północnych i z Ameryki.

Najpospolitsze u kobiet dojrzałych, w kwiecie wieku, rozmiękanie kości napotyka się również, choć daleko rzadziej, u młodych dziewcząt przed miesiączką, u starych kobiet już nie miesiączkujących, a nawet u mężczyzn, jak to spostrzegał L. w pięciu przypadkach.

Pomimo licznych prac, poświęconych w ostatnich latach rozmiękaniu kości, sprawa pochodzenia i przyczyn cierpienia pozostała niejasną. Niezawodnie złe warunki higieniczne, wilgotne, ciemne mieszkania, niedostateczne pożywienie, ciężka praca i t. p. są czynnikami, sprzyjającymi rozwojowi choroby, spotykanej przeważnie w klasie biednej.

Osobiście sądzi autor, że główną rolę grają tu: wilgoć w mieszkaniach i szybko po sobie następujące ciąży. Odrzuca natomiast przypuszczenie, jakoby użycie kwaśnego chleba usposabiało miało do osteomalacji.

Pierwsze objawy choroby występują zwykle w czasie ciąży, rzadziej w połogu i wyjątkowo zupełnie niezależnie od sprawy rodzenia. Zwykle w dość krótkim czasie po porodzie objawy stają się łagodniejsze, albo ustępują zupełnie. L. przytacza spostrzegany przez siebie przypadek, w którym kobieta, dotknięta ciężką postacią osteomalacji, spędziwszy ostatnie tygodnie ciąży nieruchomie w łóżku, już w dwie godziny po rozwiązaniu mogła się podnieść dla oddania moczu.

Następne ciąży wywołują jednak nowe objawy cierpienia, które częściowo przynajmniej cichną zwykle wraz z końcem ciąży.

W przypadkach, występujących niezależnie od sprawy rdzenia, rozmiękanie kości przybiera charakter bardziej przewlekły, uporczywy i nieuleczony wzmaga się stopniowo. Podobny przebieg L. spostrzegał w przypadkach osteomalacji przy szybko po sobie następujących ciążach. Twierdzenie, jakoby kobiety skłonne do rozmiękania kości odznaczać się miały większą płodnością, odrzuca L. stanowczo. Poprostu, zdaniem jego, spostrzegano i rozpoznawano tylko postacię cierpienia ciężkie, właśnie takie, jakie występują przy częstych ciążach.

Pierwszymi objawami rozmiękania kości są zaburzenia w chodzeniu i bóle kości. Dawniej, a po części i dzisiaj zaburzenia w chodzeniu przypisywano zmianom kośćca. Tymczasem objaw ten, jak tego dowiódł RENZ, zależy od niedowładu mięśni stawu biodrowego.

Umiejscowienie bólów bywa rozmaite. Najczęściej chore uskarżają się na bóle w krzyżu; prawie równie częste i charakterystyczne są bóle łuków żebrowych. Niektóre chore cierpią na bóle w udach i żebrach. W miarę postępów choroby pojawia się bolesność w coraz to nowych kościach, aż w końcu cały kościec staje się wrażliwym na dotyk. Równocześnie z bólami wzmaga się i zaburzenia w chodzeniu. W początkach nieznaczne zaburzenia ograniczają się utrudnionymi ruchami nóg, niemożliwością wchodzenia na schody i t. p.. W późniejszych okresach występuje t. zw. „kaczy chód“, przy którym chora, nie odejmując nóg od ziemi, posuwać się może tylko bardzo powolnie,

chwiejnje, opierając się o napotkane po drodze przedmioty. Wreszcie wszelki ruch staje się niemożliwym, i chora pędzi nędzne życie przykuta do łóżka, albo do fotelu. Kościec pozbawiony oporności traci możność podźwignięcia ciężaru zawieszzonego na nim ciała i powoli występują charakterystyczne zniekształcenia kości kręgosłupa, klatki piersiowej i miednicy. W dalej posuniętych okresach osteomalacji piersiowa część kręgosłupa wygina się ku tyłowi (*kyphosis*). Równocześnie występują wyrównywające wygięcia karku i lędźwiowej części kręgosłupa ku przodowi (*lordosis*). Żebra zasuwają się jedne za drugie i spoczywają bezpośrednio na kościach miednicy, przez co piersi tracą połowę swej wysokości. Chore zaznaczają same, że stały się mniej wysokimi i „straciły figurę”. Wyraźne i ważne zmiany dają się zauważyć niekiedy we wczesnych okresach osteomalacji w kościach miednicy. Przebieg *lineae innominatae* staje się prostym, gałęzie zstępujące kości łonowych wykręcają się ku wewnątrz i przy badaniu uderza skrócony wymiar ukośny miednicy. Dalszymi objawami właściwymi osteomalacji jest odosobnione porażenie mięśnia biodro-lędźwiowego powodujące chód charakterystyczny, wreszcie skurcz mięśni przywodzących, przeszkadzający ruchowi odwodzenia kończyny.

Ten ostatni objaw rzuca się w oczy wówczas szczególnie, kiedy w celu zbadania pochwy chcemy rozsunąć, względnie odwieść uda chorej [w stawie]. Ważnym i charakterystycznym objawem jest dalej, zdaniem L., wzmoczenie odruchów rzepkowych przy braku zaburzeń czucia. Przy pewnych postaciach cierpienia, w okresach dalej posuniętych kości stają się tak kruche, że łamią się bez przyczyny prawie, np. przy badaniu. Większość chorych na rozmiękczenie kości, popada po pewnym przeciągu czasu w charłactwo. W niektórych jednakże przypadkach spotykamy raczej skłonność do odkładania się tłuszczu.

Pomimo ciężkich objawów osteomalacya rzadko bywa bezpośrednią przyczyną śmierci. Najczęściej chore podają ofiarą innej choroby, której uległ ostabiony pierwotnem cierpieniem ustrój, np. gruźlicy, zapalenia oskrzeli, zaburzeń w krążeniu i t. d..

Dość często choroba ustępuje bez wszelkiego leczenia. Zdarza się to szczególnie w przypadkach, występujących podczas ciąży. Tam natomiast, gdzie rozmiękczenie kości rozwija się niezależnie od sprawy rodzenia, rokowanie prawie zawsze jest złe. Autor nie widział pomyślnego wpływu *climacterium*, a w pewnej grupie przypadków pierwsze objawy cierpienia wystąpiły właśnie u kobiet, które przestały miesiączkować. Rozpoznanie choroby, a zwłaszcza wczesniejszych jej okresów bywa niekiedy bardzo trudnem. Bóle rozsiiane w rozmaitych okolicach ciała, albo umiejscowione w kilku naraz stawach przypominają gościec, zaburzenia znowu w chodzeniu, niedowład ruchów, porażenia, skurcze i spotęgowane odruchy dają obraz podobny do cierpienia mlecza. Trudności trwają zwykle, dopóki nie wystąpią objawy charakterystyczne ze strony kości [zniekształcenia]. Szczególniej trudne bywa odróżnienie początkowych okresów osteomalacji od niektórych cierpień mleczą. I tu jednakże, zdaniem autora, pomyłki uniknąć można, jeśli pamiętać będziemy, że pewne objawy występują współcześnie przy rozmiękczeniu kości, a nigdy razem przy chorobach mlecza. Takimi objawami są przy osteomalacji: wrażliwość na dotyk pojedynczych kości [miednicy i żeber], odosobnione porażenie mięśnia biodro-lędźwiowego, skurcz mięśni przywodzących i idąca za tem niemożność odwodzenia kończyn i objaw, na który L. szczególniejszy kładzie nacisk: wzmoczenie odruchów rzepkowych przy braku zaburzeń czucia. Niepoślednią rolę odgrywać muszą w trudniejszych przypadkach wywiady. Chore cierpią bardziej w czasie ciąży i czują się lepiej po połogu. Zresztą, nawet dalej posunięte okresy osteomalacji mogą być trudne do rozpoznania. Pewne choroby nerwów, kości i stawów przedstawiają taki zbiór objawów, że wziąć je można

za osteomalacyę. Należy tu histerya, obwodowe zaburzenia czynności nerwów i *polyneuritis puerperalis*. Dość często, zamiast osteomalacyi, rozpoznawano „*myelitis chronica*“. Nie dlatego żeby przebieg choroby był rzeczywiście podobnym w obu cierpieniach, jak raczej żeby nadać naukowo brzmiącą, elastyczną i wygodną nazwę źle rozpoznanemu cierpieniu. Niekiedy stawiano nawet rozpoznanie syringomyelii i wiądu rdzenia dlatego, że przy pierwszej widywano skrzywienia kręgosłupa, przy drugiej złamania, zresztą bowiem objawy wymienionych chorób są tak odrębne, że staranniejsze rozpatrzenie ich, pojedynczo nawet, wystarcza do uniknięcia pomyłki. Trudniejszym może być w pewnych przypadkach odróżnienie osteomalacyi od spraw kostnych. Dający bóle i zniekształcenia kości myelomat dawał dawniej powód do pomyłek. Dalej pierwotne mięsaki kości, albo liczne rozsiane przerzuty rakowate stać się mogą przyczyną pomyłki tam, gdzie odnaleźć nie możemy guza i pierwotnego ogniska nowotworu.

Gruźlica kości miednicy lub kręgosłupa dają bóle bardziej umiejscowione, niż osteomalacya i łatwe są tem samem do rozpoznania. *Ostitis deformans* wcześniej sprowadza wygięcie kończyn dolnych, zwłaszcza piszczeli i zgrubienie kości.

Krzywica występuje najczęściej, zawsze prawie, wcześniej od osteomalacyi i ustaje, kiedy kończy się rozrost kości. Pozostaje jedno jeszcze, przyczynowo mało poznane cierpienie kości, o którym pamiętać należy, rozpoznając osteomalacyę, *coxa vara*, polegająca na skrzywieniu szyi kości udowej. I tu występują zaburzenia w chodzeniu podobne do zaburzeń przy rozmięczeniu kości. O pomyłkę tem łatwiej, że w obu cierpieniach spotykamy wygięcia szyi kości udowej, niedowład mięśni odwodzących (*abductores*).

Pomijając inne ważne momenty, właściwe każdej z chorób, wadliwe działanie wymienionych mięśni jest w obu chorobach rozmaitego pochodzenia. Przy osteomalacyi istnieje skurcz mięśni sprowadzających (*adductores*), przy *coxa vara* kości są zmienione. Narkoza, znosząca skurcz, wyjaśnia sprawę.

Najmniej prawdopodobną wydaje się autorowi pomyłka między osteomalacyą a rozerwaniem więzów miednicy. Pęka wówczas zwykle i spojenie łonowe, który to uraz rozpoznać łatwo, a którego niedopatrzyć prawie niepodobna.

Arthritis deformans różni się od osteomalalacyi tem, że zajętych jest zwykle kilka stawów, które przedstawiają swoiste zmiany. Tylko tam, gdzie zajętymi są wyłącznie stawy udowe i zaburzenia w chodzeniu podobne są do zaburzeń przy osteomalacyi, rozpoznanie może przedstawiać trudności. Trudności te zwiększą się jeszcze, jeżeli zajętym zostanie i kręgosłup, jeżeli wystąpi bolesność kręgów i skrzywienia krzyża. I tu narkoza cenne może oddać przysługi, znosząc bolesność i wykazując przy *arthritis* stałe zmiany w stawach. Tam, gdzie rozpoznanie waha się między osteomalacyą a histeryą, rakiem kości, *myeloma* i *lymphadenitis*, dokładne wywiady, dłuższe sdostrzeżenie, narkoza i próbne leczenie fosforem rozstrzygają zwykle wątpliwości.

Przy coraz doskonalszej technice, usługi może oddać niezawodnie prześwietlanie promieniami ROENTGEN'a, zalecane przez GOEBEL'a, mogące wykazać poczynające się dopiero zmiany kośćca. Trzebienie, zalecone po raz pierwszy przez FEHLING'a, uważa L. za sposób niezawodny, usuwający cierpienie bez względu na okres cierpienia.

Wprawdzie i przed FEHLING'iem spostrzegano pojedyncze przypadki osteomalacyi, zakończonej wyzdrowieniem tak, jak i dziś nie brak przykładów, w których choroba, nawet zupełnie nie leczona, zatrzymała się, albo ustąpiła zupełnie. Szczęśliwe wyniki zresztą, ogłaszane dawniej i później, przypisywać należy raczej naturze samego cierpienia w danym przypadku, a nie stosowa-

nym środkiem. Z pomiędzy tych ostatnich kilka zaledwie zasługuje na uwzględnienie.

Długiem stosunkowo powodzeniem cieszył się zalecany przez TROUSSEAU tran rybi, stosowany potem z dodatkiem *vinum Colchici* przez WINCKEL'a ojca.

W 1891 SIBER z Würzburga ogłosił seryę 22 przypadków, wyleczonych jakoby środkiem WINCKEL'a. Potem stosowano środek, składający się z węglanu wapnia, z fosforanu wapnia i z węglanu żelaza. Autor sądzi, że w bardzo nieznacznym stopniu, środek ten działać może, jednakże tylko dzięki kwasowi fosfornemu, jaki zawiera.

Kąpielom ciepłym, w szczególności solankowym autor przyznaje, co najwyżej, działanie uśmierzające. Na równi z trzebieniem za niezawodny, swoisty środek przeciw osteomalacyi uważa L. fosfor, zalecany przez MOSENGEIL'a.

Autor uważa go nawet za środek lepszy od trzebienia, ponieważ, usuwając cierpienie, pozostawia nietkniętymi narządy płciowe kobiety. Zresztą z równem powodzeniem fosfor stosowanym był i przy osteomalacyi u mężczyzn. W historii leczenia fosforem szczególnie zasłużył się STERNBERG, który w 1892 pierwszy ogłosił cztery dokładnie epostrzegane i opisane przypadki osteomalacyi, wyleczonej podawaniem fosforu. Praca STERNBERG'a, poparta przytoczonymi podobiznami chorych, wystarcza, zdaniem autora, ażeby fosfor uważać za środek działający swoiście i niezawodnie.

Z 28 przypadków, leczonych przez L. fosforem, bez zmiany pozostała 1 chora, umarły 3 [jedna otruta mylnie podaniem zbyt wielkimi dawkami środka], 4 nie były dość długo spostrzegane, 2 odniosły znaczne polepszenie i 18 zostało uleczonemi radykalnie.

Niepowodzenia zaznaczone przez niektórych lekarzy, stosujących fosfor, L. przypisuje bądź zbyt małym dawkom, bądź temu, że środka używano zbyt krótko.

Autor przyznaje, że leczenie należy do bardzo uciążliwych, bo cierpi przy niem zarówno smak i powonienie, jak trawienie. Tymczasem środek podawać trzeba stałe, bez przerwy miesiącami, a niekiedy latami całemi.

ŁATZKO podaje łyżeczkę dziennie następującego roztworu: *Phosphoris* 0,06—0,1, *Ol. Jecoris* 100.

Przypadki, które leczył autor fosforem, bynajmniej do lekkich nie należały. Między innymi były i ciężkie, a jednakże we wszystkich działanie wystąpiło szybko i wyraźnie. Działanie środka nie stoi w stosunku do natężenia cierpienia. Wogóle jednak można powiedzieć, że objawy okresów choroby początkowych ustępują łatwiej, niż objawy ze strony kości, występujące później. Te ustępują niekiedy dopiero po latach całych leczenia. Tam, gdzie fosfor działa skutecznie, objawy znikają zwykle w tym samym porządku, w jakim występowały. Najdłużej trwa zwykle bolesność przy uciskaniu żeber mostka i miednicy. Po jednym lub dwóch miesiącach chore poczynają chodzić, a potem powoli znikają umiejscowione bóle.

Rozumie się samo przez się, że przy podawaniu fosforu pilną uwagę zwracać należy i na warunki, w jakich się chora znajduje.

Uważając fosfor za środek swoisty i zupełnie skuteczny, autor tem samem ścieśnia niezmiernie granice, w których trzebienie jest wskazanem. Właściwie na zabieg ten L. godzi się tylko tam, gdzie zawodzi leczenie fosforem, albo przy sposobności, wykonywając inną operacyę, np. cięcie cesarskie wskutek zwężonej miednicy. W przypadkach, w których zwężenie nie jest zbyt znacznem, a fosfor pozostaje bez działania, L. chce usuwać przez pochwę macicę wraz z płodem. Wyjątkowo tylko autor doradza trzebienie u kobiet, u których szybko po sobie następujące cięższe hamują działanie fosforu. Co się tyczy leczenia osteomalacyi w czasie już istniejącej ciąży, kierować się

należy stanem ogólnym matki, natężeniem objawów, jakością miednicy pod względem akuszeryjnym, życzeniem chorej i t. d. W każdym razie i tu w pierwszym rzędzie uwzględnić należy działanie fosforu.

W przypadkach, w których ten środek działa szybko i skutecznie, wy-
czekiwać można bez obawy końca ciąży rozwiązującej chorą, jak zwykle przy
zwężonej miednicy. Przeciwnie zaś tam, gdzie fosfor nie działa, albo gdzie działa
słabo, wybierać należy między poronieniem, operacją Porro lub pochwowem
usunięciem macicy wraz z płodem. Pamiętać należy zawsze, że rozwiązanie cho-
rych na osteomalację przy wąskiej miednicy łatwiejszem jest, niż kobiety
zdrowej z taką samą wąską miednicą na skutek podatności i elastyczności
kości miednicy. Przy płodzie donoszonym i absolutnie zwężonej miednicy po-
zostają do wyboru: operacja Porro, cięcie cesarskie lub wymóżdzenie stoso-
wnie do wymiarów miednicy.

Większość klinicystów godzi się na operację Porro, która daje żywe dzie-
cko i zapobiega następnym ciążom. Podawszy bardzo skrętnie zebraną litera-
turę, autor osobiste poglądy na leczenie osteomalacji streszcza w następujący
sposób

1) Każdą chorą, bez względu na okres choroby, leczyć należy przede-
wszystkiem fosforem, ostrzegając ją zarazem przed niebezpieczeństwem nowej
ciąży.

2) Trzebienie wskazanem jest wyjątkowo przy sposobności, lub tam,
gdzie zawiódł fosfor.

3) W razie ciąży wywołać należy poronienie, o ile objawy są groźne.

4) Przy zwężonej miednicy zgodnie z punktem 3 można, zamiast poro-
nienia, dokonać operacji Porro, cięcia cesarskiego, albo usunąć macicę wraz
z płodem przez pochwę.

5) Poród przy zwężonej miednicy traktowanym będzie według zwykłych
zasad akuszeryjnych.

6) Przy niezbyt wąskiej miednicy trzebienie zastąpić należy radykalną
operacją przez pochwę.

(*Monatschr. f. Geburtshilfe u. Gynaekologie. Bd. VI. H. VI. S. 571.*)

Zajczkowski.

93. Fodor i Rigler. Krew zwierząt zarażonych lasecznikami tyfusu.

Autorowie przeprowadzili cały szereg doświadczeń w celu zbadania
kwestyi, czy krew zwierząt, świeżo zarażonych lasecznikami tyfusu, daje po-
czątek zjawisku t. zw. aglutynacyi, t. j. zlepiania się drobnoustrojów. Do-
świadczenia wstępne, wykonane na królikach, wykazały, że świeża krew, *resp.*
jej surowica, wzięta od tych zwierząt po wstrzyknięciu im 24-godzinnej ho-
dowli bulionowej [1—5 ctm. sz. pod skórę] już po 24 godzinach powoduje wi-
doczne ograniczenie ruchów laseczników [w 24-godzinnej hodowli]; po 48 godz.
stawało się to jeszcze wyraźniejszym, a po 72 następował zupełny zanik ru-
chów i aglutynacya. Surowicę krwi i hodowle bulionowe mieszano w równych
częściach.

Dalszym, bardziej szczegółowym doświadczeniom poddano świnki mor-
skie, którym wstrzykiwano 48 godz. nowe hodowle bulionowe zarazków tyfusu
i *bact. coli* w ilości 1 ctm. sz. na każde 300 grm. wagi i następnie badano suro-
wicę krwi w połączeniu z 48 godz. odnośnemi hodowlami na bulionie. Stosu-
nek ilościowy pierwszej do tych ostatnich wynosił 1:1 i 1:50. Hodowli użyto
tak świeżych, jak i bardzo starych. Otrzymane przez autorów wyniki dają się
streścić w sposób następujący:

a) Krew zdrowych świnek, zmieszana z hodowlą tyfusową, w żadnym
przypadku nie powodowała aglutynacyi; w połączeniu z *bact. coli* powodo-

wała często słabą aglutynację, i to nie całkowitą; mieszanina 1:50 pozostawała bez wpływu.

b) Krew zwierząt, zarażonych hodowlami tyfusowemi, w połączeniu z temi ostatniemi, *ana partes*, powoduje zjawiska omawiane, które się rozwijają powoli [w ciągu 4—24 godz.] już na 3-ci dzień po wstrzyknięciu. Działanie to krwi wzrasta z dniem każdym i osiąga szczytu na 8—10 dzień. Od 12-go dnia własności krwi słabną, jakkolwiek nie znikają przed 77—80 dniem. Jeżeli stosunek surowicy do hodowli jest 1:50, to odczyn swoisty pierwszej jest znacznie słabszy: występuje później po wstrzyknięciu [w 5—6 dni] i nie trwa tak długo [do 59 dnia]. Jednakże w tym przypadku zlepiania się laseczników są wyraźniejsze, gdyż przy 1:1 tracą one swą formę właściwą i marszczą się, przyjmując wygląd koków. Bardziej rozcieńczona surowica [1:200—1:500] nie działa wcale.

c) Krew, zawierająca hodowle tyfusowe, dodana do *bact. coli*, przy obu stopniach rozcieńczeń wywoływała t. zw. pseudoaglutynację, t. j. część drobnoustrojów formowała zlepki, a część zachowywała ruchy.

d) Takie same zjawiska występowały przy kombinacji krwi zarażonej *bacter. coli* z hodowlami tych ostatnich i z tyfusowemi, zarówno przy rozcieńczeniu 1:1, jak i 1:50.

Z tego wszystkiego wyprowadzają autorowie 2 wnioski: 1) krew świnek morskich, zarażonych lasecznikami tyfusowymi, jest odczynnikiem, nadającym się do ich rozpoznania, jak również do odróżnienia od laseczników grupy *bact. coli*; 2) zjawiska aglutynacji są cennym dowodem, przemawiającym na korzyść sprawy tyfusowej u zwierząt, którym wstrzyknięto odnośne zarazki, wskutek czego powinniśmy je uważać za zasługujący na zaufanie środek rozpoznawczy. Aby jednak w tym względzie nie popełnić błędu, autorowie uważają za rzecz niezbędną, aby:

1) Krew świnek morskich, którym zaszczepiono sprawdzone hodowle bulionowe laseczników tyfusowych, użytą była do doświadczeń nie wcześniej, niż w 8—10 dni po wstrzyknięciu.

2) Surowicę mieszać z 24-godzinną hodowlą bulionową poszukiwanego drobnoustroju w stosunku 1:50 i badać w ciągu 1—4 godz. w kropli wiszącej.

3) Ze szczególną starannością baczyć na to, czy rozwinęła się zupełna aglutynacja, czy też pseudoaglutynacja.

4) Hodowle bulionowe poszukiwanej bakterii szczepić świnkom morskim, a po 3—10 dniach próbować ich krwi na siłę zlepną z hodowlami sprawdzonych laseczników.

Krew zarażona, przechowywana w szkle, zachowuje omawiane własności bardzo długo: 3—6 tygodni. Ilość hodowli bulionowej, użytej do wstrzykiwań, gra o tyle rolę w rozmiarach wywoływanych zjawisk, o ile nie przekracza 1 ctm. sz. na 300 grm. wagi; 0,1—0,5 ctm. sz. działały słabiej od 1 ctm. sz., lecz dawki wyższe w swych skutkach nie różniły się niczem. Krew wywołuje aglutynację energiczniej i wcześniej, niż narządy wewnętrzne i ich wydzieliny [śledziona, wątroba, żółć].

Autorowie zwracają uwagę na to, że krew zwierząt, zarażonych hodowlami tyfusowemi, posiada, jak wykazały powyższe doświadczenia, własności analogiczne do tych, co i krew ludzi chorych na tyfus. Okoliczność ta jest pełnym znaczenia dowodem, że nie tylko u zwierząt, lecz i u ludzi lasecznik tyfusowy jest istotną przyczyną swoistego cierpienia.

(*Centrblt f. Bact., Parasitenkunde etc. Bd. XXIII. Nr. 21*).

Zdzisław Markiewicz.

94. Laese. Przyczynek do etyologii i symptomatologii syryngomyelii.

Autor opisuje przypadek syryngomyelii u 59-letniego, dobrze zbudowanego i odżywianego mężczyzny. Oprócz zwykłych swoistych dla tego cierpienia objawów w dziedzinie czuciowej, ruchowej i odżywczej, L. znalazł rzadko w tych warunkach spostrzegane zjawisko: znaczny rozrost tkanki tłuszczowej na miejscu włókien mięśniowych, podlegających zwykłemu zanikowi tak, że w rezultacie objętość kończyny nie tylko nie uległa zmniejszeniu co do swej objętości, ale odwrotnie zgrubiła nawet, a więc to, co oznaczamy mianem pseudohypertrofii mięśniowej. Nadto istniały zmiany w kościach i stawach, za pomocą promieni ROENTGEN'a zbadane: oprócz sprawy zanikowej w pojedynczych kostkach dłoni i palców znaleziono wybitny przerost epifizów łokcia i promienia; na powierzchni zanikających i przerastających części kości tworzą silne nawarstwienie kostne, zawierające mało soli wapiennych, sądząc po ich przezroczystości. Promienie X nadto wykryły, że oprócz zgrubienia tkanki kostnej, co przy obmacywaniu wydaje się być jedyną przyczyną istniejących miejscowych zgrubień, występuje też i znaczny rozrost części miękkich.

Pod względem etyologii przypadek opisany zasługuje też na uwagę.

Pacjent wpadł do głębokiego obmurowanego kanału, rozbił się mocno, pokrwawił i utracił na czas jakiś przytomność; wkrótce po tym wstrząsie zaczęło się szybko rozwijać cierpienie, które chorego do szpitala wtrąciło.

Jakkolwiek niektórzy autorowie [przedewszystkiem SCHULTZE na ostatnim Zjeździe w Moskwie] przypuszczają możliwość powstawania syryngomyelii na tle traumatycznym po wylewie krwawym do mlecza lub jego rozdarciu, jednak danego przypadku autor zaliczyć nie może do tej kategorii obserwacji. Jak wywiady wykazują, pacjent od lat 30 miewał różne dolegliwości, które z dużym prawdopodobieństwem położyc można na karb zwolna i skrycie rozwijającego się cierpienia [obrzęk ręki nawrotami zjawiający się, blizny na ramieniu i plecach, skrzywienie kręgosłupa, niby-to artrytyczne cierpienia stawów prawej ręki i t. d.], którego jednak przez wzgląd na małą swoistość objawów rozpoznać nie można było, a które dopiero po silnym traumacie dało obraz kliniczny, nie pozostawiający już żadnych wątpliwości dla rozpoznania.

(*D. med. Woch. Nr. 18. 1898.*)

A. Lande.

95. Bernheim. O leczeniu za pomocą sugestyi czynnej.

Wielu lekarzy wyobraża sobie, że sugestya lecznicza polega jedynie na usypianiu chorego, a następnie na wmawianiu mu, iż jest wyleczonym. Tymczasem większość ludzi nie może być uspioną, a wielu z tych, których udaje się uspić, nie pozbywa się swojego cierpienia pomimo sugestyi podczas snu. Często idea, bieranie przyjęta przez osobę uspioną, nie wystarcza do wyleczenia, gdy tymczasem wyleczenie można uzyskać dzięki sugestyi na jawie, jeśli staramy się, aby myśl poddana zaczęła działać. Taką sugestyę autor nazywa czynną, przeciwnie zaś sugestyę, poddaną podczas snu hipnotycznego, bierną. Dla wyjaśnienia myśli autora weźmy przykład: chory dotknięty histerycznem porażeniem kończyn dolnych; sugestya zwykła nie działa; każemy choremu podnieść się, chory chwieje się, podtrzymujemy go; każemy zrobić mu kilka kroków, dodając mu ciągle otuchy, podtrzymując go fizycznie i moralnie. Pobudzamy i zmuszamy mózg chorego zrobić odpowiedni wysiłek, aby zwalczyć obawę, czy sensacyę bolesną, która mu nie pozwala chodzić.

Po kilku seansach takiego leczenia za pomocą sugestyi czynnej chory chodzi i jest wyleczonym. Postępując w ten sposób, udawało się autorowi niejednokrotnie wyleczyć przypadki, leczoną bezskutecznie w ciągu całych

miesiący i lat różnymi środkami wewnętrznymi, elektryzacją, hydroterapią i t. p.

Autor twierdzi, że suggestywność jest fizyologiczną własnością mózgu ludzkiego, którą możemy zwiększyć przy pomocy słowa, emocji, ćwiczeń różnorodnych. Leczenie psychiczne nie ogranicza się do snu hipnotycznego.

Wobec przypadku porażenia czynnościowego nie powinniśmy się zadowalać rozpoznaniem natury histerycznej cierpienia i przepisaniem bromków, masażu, elektryczności i hydroterapii, lecz powinniśmy się starać podziałać na umysł chorego: zmusić mózg jego do czynu ideo-ruchowego, którego on sam z własnej inicjatywy wykonać nie może. Zwykle używane środki lekarskie przy tego rodzaju porażeniach część swego powodzenia zawdzięczają wierze, która uzdrowia. Lecz sama wiara nie zawsze wystarcza, mózg, działając pod wpływem prostej wiary, nie ma dość inicjatywy, aby urzeczywistnić akt leczniczy. Ale dodając do słów czyn, każąc choremu chodzić, zmuszając jego umysł do zapanowania nad sensacjami, przeszkadzającymi chodzić, powracamy mu utraconą czynność. Najłatwiej i najpożyteczniej działać możemy przy bezwładach i niedowładach czynnościowych kończyn; o wiele trudniej zwalczyć takie cierpienia, jak przykurczenia, znieczulenia, bezgłos, bóle, wymioty i t. p., lecz i te zaburzenia jesteśmy w stanie usunąć przy pomocy sugestji czynnej i im obiecuje autor poświęcić następującą swą pracę.

W niniejszej pracy autor podaje 11 spostrzeżeń różnorodnych porażen psychicznych, w których stosował suggestyę czynną. Nie we wszystkich tych przypadkach metoda owa jednakowo dodatnio podziałała, w 2 z nich wynik był tylko przejściowy, gdyż, zdaniem autora, auto-suggestya w przeciwnym kierunku przeszkodziła zupełnemu wyzdrowieniu.

(*Revue de Méd.* Nr. 5. 1898).

K. Stróżewski.

96. Laitinen. Przyczynek do znajomości biologii gonokoka [NEISSER'a].

Autor zajął się zbadaniem kwestyi, jakiego rodzaju środowisko: kwaśne, czy alkaliczne wytwarzają gonoki w płynie odżywczym, w którym są hodowane. Autor użył do swych doświadczeń gonokoków, pochodzących z ostrej rzeżączki, które prawie rok cały żyły na sztucznych podłożach odżywczych. Co się tyczy tych ostatnich, autor oddaje pierwszeństwo przedewszystkiem płynom., pochodzącym z torbieli, a następnie z puchliny brzusznej [zapalnym lub przynajmniej w białko obfitującym], zmieszany z bulionem lub z agarem. Agar-agar przygotowuje się według przepisu KIEFFER'a: bulion—zwykły, jakiego się do hodowli bakterji używa, z dodaniem 1 proc. peptonu i 0,5 proc. soli kuchennej. I do pierwszego, i do drugiego dodaje się płyn torbielowy w stosunku $\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{2}$. Nie wszystkie płyny torbielowe, *resp.* z puchliny brzusznej nadają się do hodowania gonokoków: ma tu znaczenie zawartość białka, chlorku sodu i innych soli, a także stopień alkaliczności. W doświadczeniach autora najlepsze wyniki dawały płyny, których alkaliczność odpowiadała 12 25 ctm. sześć. normalnego ługu sodowego *pro mille*.

W hodowli gonokoków, otrzymanej w powyżej opisanej mieszaninie, określał autor stopień alkaliczności, *resp.* kwaśności za pomocą miareczkowania, używając $\frac{1}{10}$ normalnego ługu sodowego, $\frac{1}{10}$ kwasu siarczanego i gorącego roztworu kwasu rozolowego, jako wskaźnika. Autor pszytacza rezultaty całej seryi określeń z miareczkowaniem, z których widać, że pierwszego dnia wytwarzał się kwas, a później stawały się hodowle stopniowo coraz więcej alkaliczne aż do chwili wymarcia, od której stopień alkaliczności zmniejszać się zaczął.

Prócz tego, robił autor doświadczenia z toksyną gonokokową. L. usiłował skoncentrować toksynę przez wyparowanie i strącenie siarkiem amonu. Do doświadczeń używał autor królików i młodych psów [mniejsze zwierzęta,

np. myszy, nie nadają się zupełnie]. Wstrzykiwania robiono pod skórę ucha, do żył ucha, do otrzewnej i do opłucnej. Obficie wyrosłe, wyjąłowione [przy 55—65° C.] hodowle gonokoków działają na króliki w nieznacznym stopniu trująco, wywołując odczyn miejscowy i ogólny. Substancja trująca zdaje się być ściśle związaną z samem ciałem bakteryi.

(*Centrblt. f. Bacteriologie. 1898. Bd. XXIII. Nr. 20.*)

Zdzisław Markiewicz.

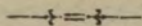
97. Kron. O władzie rdzeniowym u kobiet.

Autor podaje 41 przypadków władu rdzenia u kobiet, z tych większość [24 przypadki] dotyczyła szwaczek; początek cierpienia rozwijał się między 25 a 40 rokiem [27 przypadków]; najwcześniej początek cierpienia przypadł w 25 roku, a najpóźniej w 54-ym. Co do etyologii, autor znalazł w 18 przypadkach napewno syfils w przeszłości chorej, w 5 przypadkach z wielkiem prawdopodobieństwem, co razem stanowi 56%; z innych przyczyn zanotować należy cielesne przemęczenia [7 przypadków]. Autor nie zgadza się z poglądem FOURNIER'a, że wład rdzeniowy najrzadziej przytrafia się u osobników, którzy przeprowadzili energiczne leczenie swoiste. Dla objaśnienia przyczyny względnej częstotliwości władu u osób, niedostatecznie leczących syfils, wystarcza ten fakt, że takich osobników jest znacznie więcej, aniżeli tych, co przeprowadzają energiczne leczenie. Według zdania COLLIS'a, gruntowne leczenie syfilisu nie zabezpiecza przed powstaniem władu rdzeniowego, a niedostateczne leczenie nie ułatwia powstania. REDLICH zgadza się z powyższem zdaniem. Statystyka KRON'a daje następujące wyniki pod tym względem [autor z powodu nieznacznej liczby przypadków władu u kobiet, spostrzeganych przez niego, bierze pod uwagę i wład u mężczyzn, razem 37 przypadków z pewnym syfilisem]: z 22 przypadków, energicznie leczonych rtęcią, w 13 wład rozwinął się przed upływem 10 lat od zarażenia się syfilisem, a w jednym zaledwie po 20 latach. Z 15 przypadków, w których nie przeprowadzono leczenia swoistego, w 4 wład rozwinął się przed upływem 10 lat od zarażenia, a w 5 przypadkach po upływie 20 lat i więcej. A więc i ta statystyka potwierdza poglądy COLLIN'a. Autor w pracy swej rozbiera znany argument przeciwników związku przyczynowego między władem a syfilisem, mianowicie: rzadkość władu u prostytutek, których większość zarażoną jest syfilisem. REDLICH objaśnia powyższy fakt tem, że wład zwykle przejawia się w późniejszych latach, aniżeli odbywa się prostytutcy, a potem w wywiadach starannie ukrywaniem jest poprzednie zajmowanie się prostytutką. KRON w celach znalezienia faktycznego materiału badał prostytutki, znajdujące się w szpitalu dla chorych wenerycznych i znalazł: z 184 tam znajdujących się 148 było w wieku od 18 do 24 roku życia, t. j. w wieku, w którym zwykle nie przejawia się jeszcze wład rdzeniowy, a tylko 36 w późniejszym wieku, z tych ostatnich u 5 autor wykrył objawy władu [objaw WESTPHAL'a, ROMBERG'a, brak reakcyi żrenic, bóle, parestezye, zaburzenia pęcherza], co stanowi 14%, a więc wcale nie mały procent

(*Deut. Zeitsch. f. Nerv. Bd. XII. H. 3—4. 1898.*)

K. Stróżewski.

WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE.



14. *Jodoformogenum. Jodoformogen.* Jest to związek jodoformu z białkiem, a przedstawia się pod postacią jasno-żółtego proszku, nierozpuszczalnego w wodzie i dającego się wyjąłowić przy 100° C. Proszek ten jest pyłem niezmiernie delikatnym, suchym, nie zbijającym się w grudki i wreszcie tak lekkim, że jest trzy razy lżejszym od jodoformu. Najważniejszą wszakże zaletą jodoformogenu jest jego bezwonnosc.

D-r KROMAYER (*Berl. klin. Woch.* 1898. 10) na mocy licznych spostrzeżeń klinicznych doszedł do wniosku, że pod względem leczniczym jodoformogen w niczem nie ustępuje jodoformowi. Dzieli nawet z nim i jego ujemną stronę, a mianowicie: czasami przy zbyt obszernem zastosowaniu wywołuje podrażnienie skóry w postaci pryszczycy (*eczema*). Zaznaczyć tu wszakże jeszcze raz należy, że jodoformogen ma tę nieocenioną wyższość nad jodoformem, iż nie ma owej przenikliwej woni, która w bardzo wielu razach uniemożliwia stosowanie jodoformu.

15. Tannonum, s. Tannopinum. Tannon, czyli Tannopina. W ostatnich latach, jak wiadomo, wprowadzono do terapii kilka przetworów tanniny, odznaczających się tą własnością, że, zupełnie nie rozpuszczając się w żołądku, przechodzą jako takie do kiszek i tam dopiero powoli się rozpuszczają i odpowiednio wywierają działanie: mam tu na myśli tannigen i tanalbinę.

Do takich samych przetworów należy tak zwany tannon, czyli tannopina. Jest to związek chemiczny tanniny z urotropiną. Zawiera 87% tanniny i 13% urotropiny.

Przedstawia się pod postacią lekkiego, brunatnego, niehygroskopijnego proszku, bez zapachu. Nie rozpuszcza się w wodzie, w słabych kwasach, w alkoholu, w eterze; ale rozpuszcza się w rozcieńczonych roztworach alkalicznych.

W ustroju ludzkim i zwierzęcym przechodzi niezmieniony przez żołądek, a zaczyna powoli rozpuszczać się w soku alkalicznym kiszek, gdzie też i rozszczepia się na swe części składowe: na tanninę i urotropinę.

Wskutek tego powolnego rozpuszczania się i rozszczepiania tannopina dokładniej działa na przewod kiszkowy, i to nawet na jego dolny odcinek.

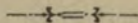
Spostrzeżenia kliniczne, przeprowadzone przez D-ra SCHREIBER'a (*Deutsche med. Wochenschr.* 1897. 49) na klinice prof. EBSTEIN'a w Getyndze, istotnie wykazały, że tannopina skutecznie wpływa na cierpienia kiszek, cechujące się rozwolnieniem, np.: przy gruźlicy kiszek, w zwyczajnym nieżycie kiszkowym i w tyfusie brzuszny.

Dodać tu również wypada, że środek wzmiankowany nie wywołuje żadnych niepożądanych, nieprzyjemnych objawów.

Dawka tannopiny wynosi: u dorosłych 1,0 trzy lub cztery razy dziennie u dzieci 0,2—0,5 kilka razy dziennie.

Wiktor Grostern.

Wiadomości drobne.



— Dr. E. ROSE zwraca uwagę kolegów, udających się do Szwacaryi, na niezmiernie ciekawą okoliczność, znajdującą się w Baden [w kantonie Aargau] o 1½ godziny drogi koleją od Zurychu. W zagłębieniu, jakie tworzy rzeka Reuss, wpadając do Aaru [2 godziny odległości od Badenu], znajdowała się wielka forteca helwecka Windonissa; tam przecinały się 2 drogi rzymskie, z których jedna prowadziła przez górę Św. Bernarda, około jeziora genewskiego, przez Aventienne i Windonissę do rzymskich posterunków, druga zaś z Italii przez Rhätien, około jeziora Bodeńskiego, przez Winterthur do Windonissy, gdzie znajdował się obóz 7 i 8 legionu, broniący od napadu Germamów. Tacyt wspomina, że Windonissa była już w 69 r. ulubioną miejscowością leczniczą. W 1893 rozpoczęto roboty w pobliżu skrzyżowania dróg rzymskich i odkopano szpital wojskowy rzymski. Znalaziono niezliczoną ilość przyrządów chirurgicznych i aptekarskich, zgromadzoną w 14 komnatach i przed-

sionku. Między innymi znaleziono: 2 amfory wysokie na 1 metr, 120 zglębników, mnóstwo szczypczyków, łyżeczek kościanych, nożów, cewników; małe ważki brązowe z przepisem do ważenia proszków, łyżeczki do maści, zglębnik z godłem Eskulapa, patelkę z rączką, słojeczki z maściami, kolbki szklane, 2 zglębniki z uszkami, naczynka z uszkami i t. p.. Ślicznie zachowane są ważki aptekarskie, pugilares z narzędziami, 2 lusterka z posrebrzanych płytek ołowianych, małe naczynie z trzonkiem z maścią ołowianą. Prócz tego znaleziono w wybornym stanie masę przedmiotów szklanych, monety rzymskie z czasów Klaudyusza, Nerona i Domicjana, monety srebrne z wizerunkami Wespazjana i Hadryana. Szpital był własnością 11-go i 21-go legionu, jak o tem świadczą niezliczone pieczęcie, znajdujące się na odlamkach cegieł.

(*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*. 48 Bd. H. 23, str. 316). A. C.

Wiadomości bieżące.

— Towarzystwo Lekarskie Warszawskie przyznało nagrody konkursowe z zapisu śp. KOCZOROWSKIEGO kolegom: E. BIERNACKIEMU za pracę: „Poszukiwania nad utlenianiem ustrojowem. Spostrzeżenia nad glikolizą [utlenianiem cukru przez krew], warunkami jej istnienia i zachowaniem w stanach chorobowych, w szczególności w t. zw. nerwicach czynnościowych“ i J. LUXENBURGOWI za pracę: „Zmiany mikroskopowe w komórkach nerwowych rdzenia, w następstwie rozwojowej ich czynności“.

— W Łodzi ma zacząć wychodzić dwumiesięcznik „Czasopismo Lekarskie“. Wydawcą ma być kol. KOLIŃSKI, a redaktorem odpowiedzialnym kol. SEWERYN STERLING.

— Czwarty kongres gruźlicy odbędzie się w Paryżu od 27 lipca do 2 sierpnia r. b. pod prezydencją prof. NOCARD [d'ALFORT]. Kwestye na porządku dziennym będą: 7) Sanatoria, jako środki profilaktyki i leczenia gruźlicy. 2) Surowica i toksyny w leczeniu gruźlicy. 3) Promienie X w dyagnostyce i leczeniu gruźlicy. 4) Zwalczenie profilaktyczne gruźlicy zwierząt. 5) Walka z gruźlicą ludzi za pomocą dezynfekcyi lokalów zamieszkałych przez gruźlicze jednostki. 6) Szerzenie się gruźlicy w armii i zapobieganie mu. 7) Leczenie cierpienia tuberkulicznego stawów metodami niekrwawemi. 8) Profilaktyka gruźlicy za pomocą sterylizacyi mleka i mięsa. 9) Leczenie górskie i morskie gruźlicy. 10) Różne kwestye, wedle wyboru członków kongresu.

— Ósmy Zjazd lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu od 1-go do 3-go sierpnia 1898. W dalszym ciągu zgłosili się z odczytami: 216) NUSBAUM Henryk z Warszawy: „O wahaniach fizjologicznych odporności“. 217) „O wpływie laktacyi na powstawanie neuroz“. 218) Dr. ZAKRZEWSKI Franciszek z Poznania: „O zwężeniach odźwiernika“. 219) Tenże: „Jaką dyetę mamy stosować przy nadkwasocie żołądka“. 220) Dr. NOISZEWSKI Kazimierz z Dynaburgu; „Geometria wykresna i wyobrażenia wzrokowe“. 221) Prof. KRÓLIKOWSKI ze Lwowa; „O doszczętej operacyi przepuklin u koni“. 222) Tenże: „O operajnem leczeniu podwinięcia powieki u psów“. 228) Dr. SPIRA z Krakowa: „O wstrząśnieniu błędnika usznego“. 224) Dr. RZEWUSKI Romuald z Arcugowa: „O etyologii ciepła zwierzęcego“. 225) Dr. GÓRECKI Ludwik z Paryża: „O ichtyolu w terapii ocznej“. 226) Tenże: „Jednostronna papilloretinitis“. 227) Prof. JORDAN z Krakowa: „W sprawie symfizeotomii“. 228) Dr. Teodor BALZAN ze Lwowa: „Cyklochrom“. 229) Dr. M. HAGER z Pszczewa; „Przypadek ostrego zapalenia oka wskutek liszek muchy w spojówce“. 230) Dr. WLAZŁOWSKI z Międzychoda: „Metoda leczenia krupu bez tracheotomii“. 231) Dr. JARNATOWSKI Kazimierz z Wrocławia: „O terażniejszym stanie nauki chorób błony łącznej i rogowej, spowodowanych drobnoustrojami“. 232) Dr. CHRZANOWSKI Józef z Poznania: „O wartości obrotu wobec ścieśnienia miednicy“. 233) Dr. WISŁOCKI Jan z Łodzi: „O podtrzymywaniu krocza“. 234) Dr. STANKIEWICZ Czesław z Łodzi: „W sprawie operacyjnego

leczenia tylozgięcia macicy“ 235) Tenże: Temat zastrzeżony. 236) Dr. KĘDZIÓR z Krakowa: „Spostrzeżenia kliniczne nad działaniem piwa żelazistego na ustrój“.

* Ze względu na wzrastającą z dniem każdym liczbę odczytów, zapowiedzianych na Zjazd Poznański, uchwalil komitet gospodarczy na ostatniem swem posiedzeniu czas trwania Zjazdu przedłużyć o jeden dzień, aby przez to więcej pozostało czasu dla prac sekcyjnych. Na mocy tego 8 Zjazd lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu odbędzie się dnia 1, 2, 3 i 4 sierpnia r. b..

Komitet gospodarczy nadmienia przy tej sposobności, że z zapowiedzianych odczytów w pierwszym rzędzie będą te uwzględniane, których autorowie nadesłali do 3 lipca r. b. krótkie streszczenie odczytu, a o czem szanowni prelegenci przez osobny komunikat Zarządu Zjazdu już zostali powiadomieni.

* W sprawie mieszkań w czasie Zjazdu raczą szanowni uczestnicy, o ile możliwości już teraz zgłaszać się do prezesa wydziału uroczystościowego D-ra B. KARUŚCIŃSKIEGO w Poznaniu, ulica Wilhelmowska Nr. 11, jeżeli chcą mieć pewność, że otrzymają mieszkanie dobre i wygodne. Zgłoszenia po 20 lipca nie dadzą się może wszystkie uwzględnić!

* Na życzenie wielu uczestników postanowili obywatele W. Ks. Poznańskiego urządzić dla szanownych gości w środę dnia 3 sierpnia zamiast balu wielki raut w Bazarze, by wszystkim uczestnikom, nawet w zwyczajnych ubiorach umożliwić wzięcie udziału w uroczystem przyjęciu ich przez obywatelstwo wielkopolskie.

Zmarli: w Warszawie D-r MATEUSZ ROTWAND, b. ordynator tutejszego szpitala starozakonnych, wychowawiec uniwersytetu Wileńskiego; ZENKER prof. anatomii patologicznej w Erlangen, i ROKITANSKY prof. ginekologii w Gracu.

— **Towarzystwo Lekarskie Warszawskie** ogłasza następujące tematy do nagrody konkursowej z funduszu zapisanego przez D-ra WALENTEGO KOCZOROWSKIEGO:

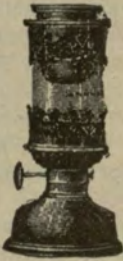
- 1) Anatomia patologiczna i warunki powstawania żyłaków (*Varices*)
- 2) Zmiany anatomo-patologiczne w oddzielonej siatkówce (*retina*).
- 3) Zbadać, o ile w rakach wtórnych zachowują się właściwości nowotworów pierwotnych.
- 4) Badania bakteryologiczne różnych postaci zapalenia pęcherza moczowego (*cystitis*).
- 5) Zmienność położenia serca, zależnie od pochylenia ciała.
- 6) Sprawdzić (GRUBMACH) zależność pomiędzy szybkością fal tętnicznych a arteriosklerozą.

Termin nadesłania prac oznacza się do dnia 31 marca 1899 roku.

Za najlepszą pracę napisaną na którykolwiek z wyżej wymienionych 6 tematów wyznacza się nagroda Rs. 300. Rozprawa nagrodzona wydrukowaną będzie nakładem Towarzystwa Lekarskiego w 300 egzemplarzach, które stanowić będą własność autora. Prace nadesłane być mają w rękopismach, czytelnie napisanych, pod adresem Sekretarza Stałego Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego [ulica Niecała Nr. 7] z zachowaniem zwykłych form konkursowych, to jest: nazwiska autorów i miejsca ich zamieszkania mają być podane w osobnych kopertach zapieczętowanych i opatrzonych stosownymi dewizami.

Z upoważnienia Towarzystwa, za Sekretarza Stałego,
Członek Zarządu,
W. Kosmowski.

Lampy dezynfekcyjne Schering'a



„Hygiea“.

Pastyłki Formalinow

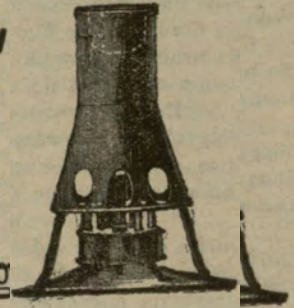
Formalinę w płynie

(Formaldehyd 40%)

posiada na składzie

Apteka J. Rutkowskieg

w Warszawie ul. Długa Nr. 16.



„Aesculap“. 52—10

SZCZAWA W M I C A.

Zakład zdrojowo-kąpielowy i klimatyczny.

Najlepsze szczawy sodowo-słone i żelaziste.

Kąpiele mineralne, zakład hydropatyczny połączony z pensjonatem D-ra Kołaczekowskiego na Miedziusiu, kąpiele rzeczne i t. d. Zakład inhalacyjny, kuracja mleczna, żętyczna i kefirowa. Lekarz zakładowy D-r Ściborowski. Skład wód w aptekach: D-ra Heinricha, Kucharzewskiego, Treutlera i Ziemińskiego w Warszawie. Dojazd do stacji kolei Stary Sącz. Sezon od 20 maja. Zamówienia na mieszkania przyjmują zarządy zakładów „Górnego“, 6—5 i na „Miedziusiu“.

ŻEGIESTÓW w Galicyi nad POPRADEM

kolej, poczta, telegraf w miejscu
Najsilniejsza szczawa żelazista. Pora kąpielowa trwa od 20 Maja, do końca Września. Kąpiele borowinowe, żelaziste, hydropatyczne i popradowe.

WODA ŻEGIESTOWSKA

Lekarz Ordynujący D-r Edward Brühl.

znajduje się we wszystkich wielkich Składach Wód Mineralnych.

10—4

H. KUCHARZEWSKI.

Główny Skład Wód Mineralnych naturalnych

przy APTECE, ulica Miodowa Nr. 4, Telefonu Nr. 753.

Z tegorocznych świeżych czerpań nadeszły wody mineralne wszystkich europejskich źródeł, jak również i krajowe.

Wraz z wodami nadeszły przetwory z tychże źródeł, tak do kąpeli, jak i wewnętrznego użytku.

Broszury oraz wskazówki zachowywania się przy wodach na żądanie są dołączane.

O czem mam honor WW. PP. Doktorów i Szanowną Publiczność zawiadomić.

Wody z mego Składu znajdują się w wielu Zakładach kąpielowych i w Aptekach.

H. Kucharzewski.

Magister Farmacyi.

12—4