

# GAZETA LEKARSKA

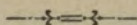
## I. W SPRAWIE ŻYWIENIA NIEMOWLĄT

### MLEKIEM KOBIECEM A KROWIEM.

Opracował

**D-r J. Bączkiewicz,**

lekarz prywatnego zakładu leczniczego dla dzieci.



Sztuczne żywienie niemowląt, od dawna rozpowszechnione na zachodzie Europy, z chwilą wprowadzenia wyjaławiania mleka podług SOXHLET'a przybrało daleko szersze rozmiary. Sądzone na razie, że sprawa sztucznego żywienia z wyjaławianiem mleka została prawie rozwiązana; zdawało się, że wszystkie ujemne strony tego rodzaju karmienia dzieci zostaną usunięte, skoro tylko mleko będzie jałowe. Ani jedna, ani druga nadzieja, jak to zobaczymy poniżej, się nie ziściła.

Gdy w pierwszych latach po wprowadzeniu w życie myśli SOXHLET'a silono się na ulepszenie metod wyjaławiania, dziś uwaga klinicysty więcej zdaje się zwracać do zbliżenia składu mleka krowiego do kobiecego i stara się głębiej wniknąć w fizyologię trawienia mleka krowiego u ssawca. Nowe pomysły przygotowywania mleka krowiego, wykluczając nawet do pewnego stopnia wyjaławianie, jak np. mleko GAERTNER'a, zdają się wskazywać na to, że wyjaławianie mleka nie zadawała klinicysty, że teoria a praktyka i trzeźwa obserwacja niemowlęcia sztucznie żywionego nie idą w parze. W społeczeństwie naszym sztuczne żywienie niemowląt nie było nigdy bardzo rozpowszechnionem; w ostatnich dopiero czasach, dzięki reklamie i zbyt wielkim nadziejom, pokładanym w wyjaławianiu mleka, sztuczne żywienie niemowląt przybierać zaczęło szersze rozmiary. Wobec tego kwestya sztucznego żywienia niemowląt wydaje mi się sprawą pierwszorzędną wagi. Nasuwa się bowiem pytanie: czy sztuczne żywienie może zastąpić w zupełności pokarm naturalny i zapewnić dziecięciu normalny rozwój? z punktu zaś widzenia praktycznego powstaje drugie pytanie: czy nam lekarzom należy propagować sztuczne żywienie, czy też przeciwko niemu protestować?

Nie mam zamiaru rozbierać tu wszystkie szczegóły, odnoszące się do działu sztucznego żywienia niemowląt; dane te zostały opracowane w „Odczy-

tach klinicznych“ kol. PAPIEWSKIEGO<sup>1)</sup>: chciałbym tylko zastanowić się nad chemiczną naturą głównych składników mleka krowiego i kobiecego, fizyologią trawienia mleka u ssawca, nadto nad doniosłością wyjąłowania i dojść do odpowiedzi na postawione wyżej pytanie. Praca wielu badaczy i klinicystów nagromadziła już dość obfity materiał, pozwalający na krytyczne opracowanie omawianego przedmiotu.

Skoro dziecię nie może mieć pokarmu kobiety, należy mu dostarczyć pożywienie, możliwie zbliżone do mleka kobiecego. Oddawna więc podawano mleko zwierząt domowych ssących, a przedewszystkiem krowy. Wybór ten wypadł czysto ze względów praktycznych; mleko bowiem krowie z łatwością i wszędzie otrzymane być może, krowa od wieków służy jako zwierzę mlekodajne i w tym kierunku uszlachetniona. Pomimo tego że chemia wykazuje, iż mleko innych zwierząt domowych, jak: kłaczy i oślic, pod względem zawartości białka i cukru bardziej jest zbliżone do składu mleka kobiecego, a praktyka żywienia niemowląt mlekiem tych zwierząt także przemawia za jego wyższością, pomimo tego jednak z powyżej wyłuszczonej względów używamy mleka krowiego i fakowe jest przedmiotem licznych badań naukowych.

Nie będę tu przytaczał szczegółowego opisu cech fizycznych i własności chemicznych mleka krowiego i kobiecego. W ogólnych zarysach zaznaczę tylko, że mleko krowie w porównaniu z kobiecem zawiera więcej ciał białkowych [sernika], soli i tłuszczu, mniej cukru mlecznego, nadto różni się pod względem składu soli i odczynu, oraz zawiera zazwyczaj liczne bakterye, które w mleku kobiecem bądź się nie znajdują, bądź też w wyjątkowych warunkach wykryć się dają.

Skład mleka kobiecego i wspomnianych powyżej zwierząt domowych jest następujący:

	Wody.	Białka.	Sernika.	Tłuszczów.	Cukru.	Soli.
Kobiece mleko	88,5	0,5	1,2	3,8	6,0	0,2
Krowy	88,5	0,3	3,0	3,5	4,5	0,7
Kłaczy	90,78	0,75	1,24	1,21	5,67	0,35
Oślicy	89,64	—	2,22	1,64	5,99	0,51

Odnosnie do jednego z głównych składników mleka kobiecego, mianowicie sernika, zaznaczyć muszę, że do niedawna istniały w nauce zdania bardzo podzielone: podczas gdy jedni, jak: FERRIS, CLARKE i DANILEWSKI, byli zdania, że sernik znajduje się tylko w mleku krowim, a w mleku kobiecem nie istnieje, drudzy znów dowodzili [SCHMIDT, STRUVE, MEIGS, DOGIEL], że sernik mleka kobiecego i zwierząt domowych jest identyczny; zwolennikiem tego zdania jest i SOXHLET i na tem opiera swe wnioski co do sztucznego żywienia niemowląt; inni znów, na czele których stoi BIEDERT, a także i PFEIFFER: byli przekonania, że sernik mleka kobiecego i krowiego są to ciała chemicznie ró-

<sup>1)</sup> Patrz: Odezty kliniczne. Nr. 80, 81 wydawane przez Red. Gaz. Lek.

żne. Ostatecznie kwestyę sporną rozstrzygnął WRÓBLEWSKI <sup>1)</sup>, z pracy którego powyższe dane zaczerpnąłem.

Badacz ten przede wszystkim wypracował nową metodę otrzymania czystego sernika kobiecego, przeprowadził jego elementarną analizę i zbadał trawienie pepsynowe tego sernika, używając pepsyny świńskiej i dziecięcej. Doszedł on do wniosku, że sernik kobiecy i krowi są to ciała chemicznie różne, że zatem nie jest zupełnie obojętnem, czy dziecko będzie żywione krowiem, czy kobiecym mlekiem; nadto, że sernik krowi przy trawieniu pepsynowym wydziela paranukleinę, czego nie daje sernik kobiecy, oraz stwierdził już dawniej zauważone różnice w rozpuszczalności i postaci osadzania obu rodzajów sernika.

Aczkolwiek praca powyższa wykonana została li tylko w warunkach laboratoryjnych, z uwzględnieniem jednak pepsyny dziecięcej, rzuca ona już pewne światło i na stronę kliniczną omawianego przedmiotu. Dokładniejsze wiadomości co do składu mleka kobiecego stanowią zdobycz naukową ostatnich czasów. Dzięki pracom PFEIFFER'a <sup>2)</sup> [100 analiz], HOFFMANN'a i JOHANNESSEN'a <sup>3)</sup> [25 analiz], przekonaliśmy się, że skład mleka kobiecego jest dosyć stały; dzięki zastosowaniu nowych dokładnych metod wykryto, że mleko kobiece w porównaniu z krowiem zawiera znacznie mniej substancji białkowych, mianowicie około 1% [PFEIFFER 1,9%, HOFFMANN 1,03%, JOHANNESSEN 1,104<sup>o</sup>/<sub>v</sub>].

Nie mniej ważne zachodzą różnice co do zawartości soli i ich składu w mleku kobiecym i krowim. Pomimo tego, że znaczenie soli w ekonomii ustroju oddawna zostało uznane, badania w tym kierunku odnośnie mleka nie są podejmowane i sprawa ta, śmiało rzec można, leży jeszcze dziś odłogiem. Nieliczne dane, aczkolwiek bardzo cenne z punktu klinicznego, przytoczę z pracy WACHSMUTH'a <sup>4)</sup>. Z rozbiorów popiołu mleka kobiecego i krowiego wiemy, ile znajduje się w nich sodu, potasu, wapnia, magnezu, chloru, kwasu fosforowego, nie posiadamy jednak dokładnych wiadomości, w jakim stosunku zasady te i kwasy są powiązane, jakie istnieją sole w mleku, jakie mianowicie w mleku kobiecym, jakie w krowim? Ogółem biorąc, mleko krowie jest bogatsze znacznie w sole, niż kobiece; pierwsze bowiem zawiera 7 grm. w litrze, podczas gdy kobiece 2,0.

Co do niektórych soli posiadamy już pewne wiadomości. SOELDNER wykazał, że w litrze mleka krowiego przeciętnie znajduje się 0,962 chlorku sodu, podczas gdy w mleku kobiecym, podług WILDENSTEIN'a, znajduje się 0,26 soli

<sup>1)</sup> O serniku kobiecym. Różnice chemiczne pomiędzy mlekiem kobiecym i krowim. *Gazeta Lekarska*. 1894 Nr. 36, 37.

<sup>2)</sup> 100 Analysen von ausgebildeter menschlicher Milch aus allen Monaten des Stillens nebst zwei Analysen von Collostrum. *Verhandlungen der elften Versammlung der Gesellschaft für Kinderheilkunde in der Abtheilung für Kinderheilkunde der 66 Versammlung der Gesellschaft Deutscher Naturforscher und Aerzte in Wien*. 1894.

<sup>3)</sup> *Jahrbuch f. Kinderheilkunde*. XXXIX, str. 380.

<sup>4)</sup> Ueber die Schwerverdaulichkeit der Kuhmilch im Säuglingsalter. *Jahrbuch f. Kinderheilkunde*. XLI.

kuchennej, chociaż ilość chloru w mleku krowiem jest większą, niż w kobiecem, lecz zato w mleku krowiem znajdujemy więcej potasu, a badania BUNGE'go wykazały, że przy bogactwie soli potasowych w pożywieniu znaczna ilość chloru i sodu zostaje wydalana z ustroju. Tego rodzaju właśnie stosunki znajdujemy w mleku krowiem, t. j. bogactwo potasu. Według BUNGE'go <sup>1)</sup>, jeżeli fosforan potasu dostaje się do krwi z pokarmów, wówczas z chlorkiem sodu, znajdującym się we krwi, daje chlorek potasu i fosforan sodu, a sole te, jako zbyt cenne, wydalone są przez nerki. Ścisłe doświadczenia, przeprowadzone na ludziach, dały podstawę BUNGE'mu do tego twierdzenia. ZANDER i SEEMANN określali stosunek sodu i potasu oraz stosunek chloru i kwasu fosforowego w obu rodzajach mleka. Stosunek sodu do potasu w mleku kobiecem wynosi jak 1:2½, w krowiem jak 1:3—4 i więcej; dalej stosunek chloru do kwasu fosforowego w mleku kobiecem wynosi jak 1:1—2, w krowiem jak 1:3—4 i więcej. Analizy moczu, dokonane przez SEEMANN'a wykazały, że wskutek przewagi potasu i kwasu fosforowego w mleku krowiem sole sodowe i chlor w ustroju nie są dostatecznie spożytkowane i szybko są wydalone z moczem.

Znaczenie chlorku sodu w ustroju jest zbyt wielkie, ażeby go nie brać pod uwagę przy ocenianiu tak wyłącznego pożywienia, jakim jest mleko dla ssawca.

Mówiąc o solach, *resp.*, zasadach i kwasach mleka, wspomnieć muszę o nowym składniku, który dopiero w ostatnich latach został wykrytym. Badania wielu autorów wykazały, że w mleku kobiecem, krowiem, owcy, kozy prawdopodobnie wszystkich zwierząt ssących, stale wykryć się daje kwas cytrynowy; zawartość takowego jest prawie stałą; badania SCHEIBE'go <sup>2)</sup> na zwierzętach wykazały, że kwas ten nie powstaje z kwasu cytrynowego lub innych organicznych kwasów paszy, że duże dawki, dodawane do paszy [40-krotne w stosunku do ilości znajdującej się w mleku danego zwierzęcia], nie zwiększają ilości takowego w mleku; z drugiej znów strony przy żywieniu zwierzęcia paszą, pozbawioną zupełnie kwasu cytrynowego, oraz przy głodzeniu kwas ten stale występuje w mleku w zwykłej ilości. Na podstawie tych danych, autor dochodzi do wniosku, że kwas cytrynowy jest swoistym wytworem gruczołu mlecznego, podobnie jak sernik, glicerydy lotnych kwasów tłuszczowych i cukier mleczny. Rola tego kwasu dostatecznie nie została wyjaśnioną. Według DUCLAUX <sup>3)</sup>, fosforan wapnia w mleku utrzymuje się w roztworze dzięki obecności kwasu cytrynowego, który warunkuje obecność cytrynianu sodu, fosforanu sodu (*diphosphate*). Wiadomości powyższe odnośnie do kwasu cytrynowego, w każdym razie dają praktyczny wniosek co do dyetetyki karmiących, mianowicie, że nie mamy podstawy pozbawiać ich spożywania kwasu cytrynowego.

<sup>1)</sup> NOTHNAGEL i ROSSBACH. Farmakologija str. 50, 51.

<sup>2)</sup> Ueber den Ursprung der Citronensäure als Bestandtheil der Milch, refer. w Jahresbericht über die Fortschritte der thier. Chemie. Bd. 21, p. 130—132.

<sup>3)</sup> Sur les phosphates du lait. Ann. de l'Inst. PASTEUR. 18<sup>o</sup>5. 7. p. 2—17 refer. Jahresberichte über die Fortschritte der Thier. Chemie. 23. p. 219.

Co do tłuszczów mleka, nadmienić muszę, że nowsze badania W. G. RUPPEL'a i E. LAVES'a <sup>1)</sup> wykazały, że tłuszcz mleka krowiego także różni się w składzie chemicznym od tłuszczu mleka kobiecego. Zarazem tu nadmienię, że co do strawności tłuszczu kobiecego i krowiego posiadamy materiał naukowy niezbyt obfity. UFFELMAN jest zdania, że przyswajalność tłuszczu krowiego u dzieci jest niższą niż kobiecego. Badania J. KRAMSZTYKA <sup>2)</sup> wykazały, że co do wchłaniania tłuszczu z mleka kobiecego i krowiego u dzieci różnic nie ma.

Obserwacya kliniczna przemawia za tem, że tłuszcze mleka krowiego względnie dobrze są tolerowane przez przewód pokarmowy dziecięcia. Przy sztucznem karmieniu niemowląt nieraz zmuszeni jesteśmy stosować mieszanke śmietankową BIEDERT'a i ta względnie daleko lepiej jest znoszona, niż odpowiednio rozcieńczone mleko krowie.

Przy powyższym opisie strony chemicznej mleka krowiego pominąłem wiele jeszcze innych szczegółów; uczyniłem to z dwóch względów: *primo*, za wiele by to może obecnie zajęło nam czasu i uwagi; *powtore* chciałem położyć głównie nacisk na te składniki, które w odżywianiu niemowlęcia mają dominującą rolę i przy ocenianiu żywienia muszą być dokładniej oceniane. Powyżej zatem przytoczone dane wykazują, że mleko krowie tak pod względem zawartości głównych składników, jak i pod względem składu chemicznego tychże składników znacznie się różni od mleka kobiecego, a zatem, aczkolwiek jest ciałem pokrewnem z mlekiem kobiecym, różni się jednak zasadniczo. Różni się także i pod względem odczynu: mleko kobiece posiada odczyn alkaliczny, krowie podwójny, zależny od współczesnej obecności soli alkalicznych i kwaśnych [ $\text{Na}_2\text{HPO}_4$  i  $\text{NaH}_2\text{PO}_4$ ].

Przejdę obecnie do rozpatrzenia strony klinicznej omawianego przedmiotu.

Praktyka sztucznego żywienia niemowląt mlekiem krowiem oddawna wykazywała jego ujemne strony. Nim zostały opracowane naukowe podstawy sztucznego żywienia, prosta obserwacya już wykazywała, że mleko krowie jest, jak się ogólnie wyrażają, „za ciężkie“ dla niemowląt, rozcieńczano je więc wodą odpowiednio do wieku dziecka. W ostatnich dziesiątkach lat najpoważniejsi klinicyści i badacze zajmowali się sprawą sztucznego żywienia; wynikiem tych badań jest kilka metod karmienia dzieci mlekiem krowiem. Podstawy tych metod i ogólne ich zarysy w krótkości przebiegnę. Pierwsza i najstarsza metoda jest procentowa <sup>3)</sup>; opiera się na względnie wysokiej zawartości sernika w mleku krowiem w porównaniu z kobiecym i polega na rozcieńczaniu mleka krowiego wodą, odpowiednio do wieku dziecka i dodatku

<sup>1)</sup> Die Fette der Frauenmilch. Das Fett der Frauenmilch. Jahresberichte u. d. Fortsch. der thier. Chemie. 25. p. 225--226.

<sup>2)</sup> O zawartości tłuszczu w kale noworodków i o wessaniu tłuszczu w ich przewodzie pokarmowym. Pamiętn. Tow. Lekarsk. 1884.

<sup>3)</sup> Patrz D-r L. UNGER. Kinderernährung und Diätetik. Wiener. med. Presse. Nr. 28, 29, 30. 1893.

cukru mlecznego lub trzcinowego. Ujemną stroną tej metody stanowi to, że przy prostym rozcieńczaniu mleka wodą pokarm staje się odpowiednio do wieku dziecka zbyt ubogim w składniki odżywcze, a obfitującym w wodę; stąd dzieci stają się żarłocznymi, pochłaniają dużo mało pożywnego pokarmu, obarczają przewód pokarmowy, szczególnie żołądek, zjawia się *dilatatio ventriculi*, właściwe fermenty trawienne zbytnio się rozcieńczają, chemizm i mechanizm trawienia podupada, a co zatem idzie — upada i ogólny stan odżywiania.

Już RITTER i KEHRER wykazywali małą zawartość tłuszczu w tego rodzaju pożywieniu i radzili dodawać śmietankę. Dopiero BIEDERT, wystudowawszy znaczenie tłuszczów i białka w trawieniu i zaprowadził nową metodę żywienia t. z. mieszanką śmietankową. Polega ona na rozcieńczaniu śmietanki wodą i stopniowem w miarę wzrostu dziecka dodawaniu mleka. BIEDERT podaje 6 stopni tego rozcieńczenia, z których pierwszy zaledwie zawiera 1% białka, w następnych ilość ta stopniowo wzrasta. Praktyka stosowania tej metody bardzo za nią przemawia; doświadczenie wykazuje, że dzieci, które zupełnie źle znoszą i trawią mleko rozcieńczone, śmietankę rozcieńczoną o wiele lepiej tolerują i stopniowo do dodatku mleka się przyzwyczajają. Metoda ta jednak posiada i ujemne strony: przedewszystkiem jest droższą od poprzedniej, trudno jest dostać dobrej i czystej śmietanki. Mówiąc o czystej, mam tu głównie na myśli w znaczeniu bakteriologicznem, gdyż aczkolwiek mieszanki te BIEDERT wyjaławia, jednak, jak się sam przekonałem, wyjaławianie zmienia cechy dobrej zawiesiny tłuszczu; dlatego też w praktyce polecam wprzód śmietankę gotować, górną jej warstwę po ustaniu, jako zawierającą większe i zbite kulki tłuszczowe, usuwać, a do rozcieńczania używać wody wyjałowionej, *resp.* przegotowanej.

Trzecią metodę, t. z. wolumetryczną, opracował ESCHERICH. Obliczył on podług rozbiórów PFEIFFER'a wartość pożywną mleka kobycego, jakie dziecko przy każdym ssaniu i codziennie odpowiednio do wieku spożywa i stosownie do tych danych rozcieńcza mleko krowie tak, aby rozcieńczenia te, co do zawartości ciał pożywnych, odpowiadały poprzednim obliczeniom.

Wypracował on bardzo szczegółową tablicę, mającą służyć za podstawę do stosowania tej metody.

Metoda ta mało jest rozpowszechnioną, wymaga ona przedewszystkiem staranności i inteligencji w wykonaniu. Mało też o jej klinicznej wartości powiedzieć można. Metoda ta wyłącznie jest opartą na danych chemicznych i nie uwzględnia fizjologii trawienia mleka krowiego, co zresztą zarzucić można i innym metodom.

Następująca metoda, zwana fizjologiczną, podana przez HEUBNER'a i HOFFMAN'a, polega na tem, że mleko stale rozcieńczamy w jednym stosunku [na połowę] nie wodą, lecz 6,9% [a według SOXHLET'a 12,3%] roztworem cukru mlecznego. Dziecko, rozumie się, spożywa tylko różne ilości tej mieszanki odpowiednio do wieku. Mieszanka taka zawiera mniej tłuszczu, niż mleko kobyce, lecz za to więcej nieco białka i cukru, który jako woda węgla ma w ustroju zastąpić wskazany powyżej brak tłuszczu. Metoda ta, jako prosta

i łatwa w wykonaniu, powinna znaleźć szersze rozpowszechnienie i ocenę wartości klinicznej.

Pominałem tu szczegóły, dotyczące każdej z tych metod, te bowiem znajdują się w wspomnianej pracy kol. PAPIEWSKIEGO. [C. d. n.].

## II. KILKA UWAG

# O PÓŻNYM SYFILISIE NOSA.

Napisał

**Władysław Wróblewski,**

lekarz ambulatorium dla chorób gardła i nosa w szp. Ewangielickim w Warszawie.

— 3 — 3 —

[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 20].

26. Panna Fi., lat 16, wątła, blada, szczupła, bardzo małego wzrostu.

1. VI. 1895 r. Chora skarży się na katar nosa, od lat dwóch trwający. Katar ten miał powstać „po ospie“, której śladów jednak nie widać. Od pół roku wydziela się z nosa mnóstwo szaro-żółtawych, twardych, cuchnących strupów, często z przymieszką krwi, gdyż musiała zaniechać wciągania wody zalecanego jej dawniej, z powodu przebytego ropnego zapalenia ucha średniego, które zostało spowodowane takim wciąganiem. Opisać trudno stan nosa, w jakim go podczas pierwszego badania znalazłem. Cała skóra nosa nacieczona, bolesna. Przy otworach zewnętrznych z obu stron rozległy wyprysk. Obie jamy nosa wypełnione dużą ilością stwardniałych strupów, wydających odór tak zabójczy, że co chwila trzeba było głowę odwracać. Po rozmięczeniu strupów, na co zużyłem kilka litrów wody, pousuwałem dużą ich część kleszczykami i znalazłem zupełną destrukcję całego wnętrza nosa. Duże przedziurawienie przegrody chrzęstnej; przegroda kostna z obu stron zupełnie obnażona, szorstka, ruchoma. Muszle dolne i średnie z obu stron obnażone, pokryte wybujałą ziarniną. Na podniebieniu tuż za zębami przednimi guzik wielkości grochu, otoczony owrzodzeniem; zgłębnikiem wyczuwa się szorstką kość, pokrytą wybujałą ziarniną. Gardziel i krtań bez zmian.

W jamie noso-gardzielowej dużo wydzieliny, tylna część przegrody zniszczonej. Na szyi dużo drobnych, twardych gruczołów. Zaleciłem jodek potasu, maść jodolową i obfite przestrzykiwania nosa po dwa razy dziennie. Pomimo to jednak, co drugi dzień wymywałem i wyjmowałem niesłyszanie dużo strupów pozyskanych.

10. VI. Wyjąłem kilka kawałków znekrotyzowanych kości, które siedziały bardzo luźno.

14. VI. Znowu wypadła podczas przestrzykiwania spróchniała kość muszli średniej lewej. Wciąż dużo wydzieliny cuchnącej, brudno-szarej, zeschniętej w duże odlewy.

20. VI. Chora przyniosła mi resztę kości lemieszowej, która wypadła podczas przemywania w domu.

26. VI. Całe wnętrze nosa zniszczone, sterczą tylko tu i ówdzie małe resztki martwaków. Z przegrody nosa, z wyjątkiem skórnej części, nie pozostało nic. Na podniebieniu twardym guzik ziarninowy, przypalony dwukrotnie kwasem chromnym, znikł; został natomiast martwak, dosyć mocno połączony z sąsiednimi tkankami. Sekwestr ten wygląda jak sitko, lecz płyny do nosa nie przechodzą.

W nosie wytwarza się nieco mniej strupów. Chora wyjechała do Trenczyna, gdzie, pod opieką kol. FILIPKIEWICZA brała w dalszym ciągu jod i wcierania rtęciowe [30], potem kąpiele siarczane.

Widziałem chorą znowu 10. IX. 1895. Stan ogólny uległ znacznej poprawie. W nosie wytwarza się mniej zupełnie już nie cuchnącej wydzieliny, jednakże codziennie chora musi przemywać. We wnętrzu nosa już nie widać obnażonych kości, których kilka drobnych kawałeczków odeszło w Trenczynie. Ani śladu muszel dolnych; muszle średnie natomiast w postaci dwóch kulistych, różowych, gładkich tworów; każda z nich wielkości pół orzecha laskowego. Przy rynoskopii przedniej widać całą jamę nosogardzielową. Zewnętrzna forma nosa nie zmieniona. Martwak podniebienia twardego bez zmiany.

15. VI. Stan taki sam.

W przypadku tym mieliśmy do czynienia z syfilisem dziedzicznym: ojciec chorej miał go przed 30 laty.

27. Pani J., lat 40, cierpi od kilku miesięcy na zupełne zatkanie lewej strony nosa.

Przy badaniu 4. VI. 1895 r. znajduję ogromne nacieczenie całej błony śluzowej nozdrza lewego. Na muszli średniej u góry widać mały guzik ziarninowy, przy powierzchownym badaniu podobny do polipa. Obnażenia kości nie znajduję. W gardzieli i krtani, jakoteż na skórze zmian niema.

Przy pierwszym zapytaniu, czy chora nie miała kiedy jakiej wysypki, oświadcza mi wprost, że przed 10 laty chorowała na syfilis, którym zaraziła się od męża.

Zaleciłem chorej jodek potasu z *deuterojoduretum hydrargyri*, miejscowo zaś leczenie kwasem chromnym. W ciągu kilku tygodni objawy te zupełnie ustąpiły.

28. Pan Z., lat 41, ma od października r. z. stałą chrypkę, dawniej miał częste, lecz krótkotrwałe chrypki. Od 2 miesięcy zatkanie w nozdrzu lewym i zgrubienie grzbietu nosa. Syfilisu nigdy nie przebywał, miał przed 20 laty tylko szankra miękkiego.

Przy badaniu [13. V. 1895] znajduję znaczne nacieczenie przegrody nosa po stronie lewej u góry, na granicy chrząstki i kostnej przegrody. Muszla średnia nacieczona. W gardzieli zmian niema.



W krtani znaczne nacieczenie struny prawdziwej lewej i nieco mniejsze fałszywej. Nacieczenie to jest koloru wiśniowo-czerwonego. Płuca bez zmian.

Na *os sacrum* gumat wielkości jabłka. Na stawie gołeniostopowym prawym skóra mocno nacieczona, czerwona i kilka głęboko drążących owrzodzeń, z szaro-żółtawymi nalotami. Owrzodzenia te trwają od lat dwóch.

Leczenie mieszane doprowadziło szybko do usunięcia wyż opisanych objawów.

W końcu czerwca widziałem chorego po raz ostatni; wszystkie objawy ustąpiły.

29. Pan Mo., lat 41, ma od dwóch miesięcy katar nosa tylko z prawej strony, z wydzieliną ropną. Przy oddechaniu czuje z tejże strony pewną zawadę w górnej części. Przy badaniu [6. VI. 1895] znajduję nozdrze lewe bez zmian; w prawem znaczne zwężenie skutkiem nacieczenia błony śluzowej muszel. Na przegrodzie tuż pod dachem nosa na granicy leńmiesza i chrząstki naciek kulisty, kraterowato owrzodzony, przylegający do dolnej części muszli średniej. Owrzodzenie przy dotykaniu wata łatwo krwawi.

Gardziel, krtani i skóra bez zmian. Chory miał syfilis przed 17 laty; leczyl się wówczas systematycznie w ciągu kilku lat. Od 12 lat żonaty; żona i dzieci zupełnie zdrowe.

Zaleciłem jodek potasu i maść do nosa. Chory wyżył dwie butelki [3jj—3vi] jodu i uważając się za zdrowego, zaniechał dalszej kuracji.

15. X. 1895. Chory zgłosił się znowu z powodu wznawiającej się zawady w nozdrzu prawem. Znalazłem naciek na przegrodzie nosa w tem samym miejscu, co i dawniej, lecz znacznie mniejszy. Na wierzchołku nacieku owrzodzenie. Muszle bez zmian. Teraz przeprowadził systematyczną kurację jodową i w dwa miesiące później znalazłem zupełne załiżnienie i zniknięcie nacieku. Ustąpił katar i zawada w nosie.

30. Pan Ru., lat 45, miał przed 17 laty syfilis z wieloma powrotami; przed 6 laty *hepatitis syphilitica*; od kilku tygodni choruje na nos.

Przy badaniu [3. IX. 1895] znajduję zewnętrzne powłoki nosa obrzmiałe, czerwone, błyszczące. Prawe skrzydło nosa nacieczone. W nozdrzu prawem u góry muszle obrzmiałe przylegają do zgrubienia kostnej przegrody nosa. W fałdzie pomiędzy naciekami rowkowate owrzodzenie.

Zaleciłem choremu *kali jodatam, ungt. cocaini*. W ciągu kilku tygodni wyzdrowienie.

31. Pani Cz., lat 30, przed 5 laty zarażona przez męża syfili-sem; dwa razy ronila; od 2 miesięcy ma opuchnięcie prawego skrzydła nosa.

Przy badaniu 11. IX. 1895 znajduję: *periostitis ossis nasalis dextri*. Wewnątrz kolosalny naciek muszel prawych, stopiony w jeden gruby wał. Zaleciłem jodek potasu, *ungt. cocaini* i wyjechała z listem do lekarza domowego.

Z kazuistyki tej widzimy, iż na 31 zanotowanych przypadków największa liczba chorych [13] przypada na wiek pomiędzy 30 a 40 rokiem życia; pomiędzy

20 a 30 rokiem było 4 przypadki; pomiędzy 40 a 50 również 4, i chorych z syfilisem dziedzicznym nosa 4. Jeden tylko chory miał lat 54. Na 31 przypadków stwierdziłem syfilis nosa u 9 kobiet, reszta przypadała na mężczyzn.

Dalej uderza nas fakt, że na 51 przypadków syfilisu nosa tylko 14 osób miało niewątpliwe wrzody pierwotne, z objawami wtórnymi, leczonymi swoiście. Z tych 7-u przed 3—10 laty, 6 przed 10—20 laty, a jeden przed 2½ laty. Najczęściej więc późny syfilis nosa przypada pomiędzy 3 a 10 rokiem po pierwotnym zakażeniu.

W 6 przypadkach jako pierwotny objaw rozpoznano nadżarcia na prząciu lub szankra t. zw. miękkiego; chorzy ci, leczeni tylko miejscowo, nie zauważyli żadnych objawów wtórnych. Fak ten dowodzi, że najbiegłęjszy lekarz nie jest w stanie rozpoznać, czy w danym przypadku ma do czynienia z *ulcus molle*, czy też z *ulcus induratum*, gdyż pierwotne owrzodzenia syfilityczne przebiegają często nietypowo. Odliczywszy 4 przypadki syfilisu dziedzicznego i 2 przypadki, dotyczące kobiet, u których dokładnej anamnezy nie zbierałem, otrzymamy na 25 przypadków późnego syfilisu nosa w 6 przyp., [t.j. 20%] rozpoznanie *ulcus molle*, jak objawu pierwotnego. W kilku przypadkach wywiady nie dały mi żadnych danych co do pierwotnej postaci zakażenia, które prawdopodobnie przedstawiały się jako niepostrzeżone nadżarcia lub lepieże. Zresztą, jak to widzieliśmy w historych chorób, objawy pierwotne nie mają dla nas żadnego znaczenia; mieliśmy bowiem do czynienia i z chorymi, u których objawy te były i w postaci pierwotnej i wtórnej, i z chorymi, u których żadnych objawów nie było, lub były o tyle nietypowe, że żadnego swoistego leczenia nie wymagały.

Jakkolwiek syfilis przejawiać się może w różnych narządach, późne jednak jego postaci spostrzegać się dają najczęściej w górnych drogach oddechowych. Opisane przezemnie 4 przypadki syfilisu dziedzicznego przedstawiają wszystkie charakterystyczne cechy tego cierpienia.

Sapka u ssawców [p. spostrzeżenie 6] stanowić powinna wskazanie do badania ogólnego, *resp.* do zebrania anamnezy odnośnie do syfilisu. W tych razach leczenie ogólne w postaci kąpeli sublimatowych lub wcierań szaruchy [po 1,0] szybko usuwa objawy cierpienia.

Drugi typ, przebiegający w postaci jednostronnego ropnego kataru nosa [spoztrz. 11, 14] przedstawia niekiedy wielkie trudności rozpoznawcze i daje powód do pomyłek.

W przypadkach takich, przy rozpoznawaniu różniczkowem, zwrócić należy uwagę na trzy najczęstsze postaci: zmiany, powodowane obecnością ciał obcych w nosie, ropotoki i syfilis. Przystępując do rozpoznania, należy najpierw usunąć ropę, nagromadzoną w przewodach nosowych, bądź to za pomocą przestrzykiwania, bądź też za pomocą tamponików, zmoczonych w kokainie. Ten ostatni sposób tembardziej jest odpowiednim, że przy następczem badaniu zgłębnikiem oszczędzamy choremu ból. Po dokładnem oczyszczeniu, niekiedy wzniemek sam wystarcza, o ile nie ma dużego nacieczenia błony śluzowej, do określenia istoty cierpienia. Jeżeli kanały nosa są drożne, zwrócić należy uwagę na ropotoki, które doskonale uwidoczniają się przy użyciu metody prześwietlania. Jeżeli pomimo usunięcia ropy, drożność przewodów nosowych nie

jest przywróconą, zgłębnik wskaże inną przyczynę tego stanu; będzie to albo ciało obce z zewnątrz wprowadzone do nosa, co ma miejsce bardzo często u dzieci, albo obnażona lub zmartwiała kość, co już niewątpliwie stanowi charakterystyczny objaw syfilisu. Wprawdzie i inne sprawy mogą warunkować próchnienie kości [np. gruźlica <sup>1)</sup>], przypadki te jednak należą do wyjątków. W innych znowu przypadkach, do tego typu należących, po oczyszczeniu nosa stwierdzić możemy tylko nacieczenia błony śluzowej nieraz tak duże, że zupełnie zamykają światło przewodów; nacieczenia tego rodzaju są najczęściej pochodzenia syfilitycznego i z tego powodu na baczną zasługują uwagę [patrz spostrzeżenie 3, 9, 18, 19, 22, 27, 29]. Na tych naciekach często powstają owrzodzenia; umiejscawiają się one najczęściej wzdłuż przewodów nosa, *resp.* nacieków, t. j. w kierunku przednio-tylnym. Wyżej nazwałem je brózdowatymi lub rowkowatymi, stosownie do obrazu, w jakim przedstawia się we wzierniku profil ich przecięcia. Są one do pewnego stopnia charakterystycznymi dla syfilisu nosa. Nacieki te mają niekiedy formę ściśle ograniczoną już to na przegrodzie nosa, już to na dnie lub rzadziej na muszlach i wtedy przypominają one typowe gumaty, które również mogą uleść owrzodzeniu. Najodpowiedniejszą nazwą dla trzeciorzędnych objawów, według mego zdania, jest „późny syfils nosa“, ze względu na różnorodny przebieg omawianego cierpienia. Wszystkie zmiany, które opisałem przy drugim typie syfilisu nosa, mogą być jednostronnemi, lub też w przypadkach dłużej trwających dwustronnemi.

Do trzeciego typu zaliczyć należy przypadki, w których objawy syfilisu występują na powłokach zewnętrznych nosa, w postaci rozlanego nacieczenia skóry [sposrzeżenia: 2, 5, 12, 13, 19, 20 76, 30], lub też w postaci zaczerwienienia, obrzmienia i bolesności w okolicy kości nosowych — *periostitis syphilitica* [sposrzeżenia: 7, 8, 28], wreszcie jako ograniczony gumat skóry nosa, który, rozpadając się, pozostawia głębokie owrzodzenie, *resp.* głęboką, białą, lśniącą bliznę [sposrzeżenie 10, 31]. [D. n.]

## W KWESTYI PROFILAKTYKI CHOROÓB WENERYCZNYCH.

Podał

**D-r med. Antoni Elzenberg,**

ordynator oddziału dla chorych wenerycznych i skórnych w szpitalu starozakonnym w Warszawie.

[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 20].

### Posiedzenie VII.

[Nadzwyczajne].

Dnia 27 lutego 1896 r..

I. D-r Troicki odczytał podane przez komisarza komitetu lekarsko-policyjnego dane o liczbie przytrzymanych kobiet, nie będących pod kontrolą komitetu i o zarażonych z pośród nich syfilisem i chorobami wenerycznymi za

<sup>1)</sup> Jeden taki przypadek opisałem w *Gazecie Lekarskiej*. Nr. 19. 1893.

lata 1889 do 1893, oraz wypis z instrukcyj i rozporządzeń o nadzorze nad służbą prywatną w ogóle.

a) Przytaczamy tu główne dane:

	1889	1890	1891	1892	1893
Przytrzymano kobiet w Warszawie . . . . .	835	1416	1473	1250	694
Pomiędzy niemi było chorych . . . . .	120	143	128	94	64
Przytrzymano kobiet za miastem . . . . .	148	214	143	174	125
Pomiędzy niemi było chorych . . . . .	8	8	11	18	9
W areszcie policyjnym wykryto chorych . . . . .	25	38	49	36	46

W 1891 r. komitet wypracował dokładniejsze sprawozdanie, z którego główne dane przytaczamy:

Patrole nocne przytrzymały kobiety włóczących się i podejrzanych o prostytucję . . . . .	1391
W miejscach podejrzanych przytrzymano . . . . .	82
Razem . . . . .	<u>1473</u>

W tej liczbie znajdowało się:

służących . . . . .	1109	między niemi chorych . . . . .	103
szwaczek . . . . .	64	" " " . . . . .	8
wyrobnic . . . . .	54	" " " . . . . .	3
robotnic fabrycznych . . . . .	50	" " " . . . . .	3
Przy rodzicach i rodzinie . . . . .	42	" " " . . . . .	2
zameżnych . . . . .	37	" " " . . . . .	2
praczek . . . . .	41	" " " . . . . .	1
bez zajęcia . . . . .	25	" " " . . . . .	1
kelnerek . . . . .	21	" " " . . . . .	2
mamek . . . . .	6	" " " . . . . .	—
handlarek . . . . .	5	" " " . . . . .	—
kwiaciarek . . . . .	4	" " " . . . . .	1
zamiejskich prostytutek . . . . .	3	" " " . . . . .	1
robotnic pończoch . . . . .	2	" " " . . . . .	—
rękawiczniczek . . . . .	2	" " " . . . . .	1
kasyerek . . . . .	2	" " " . . . . .	—
bufetowych . . . . .	1	" " " . . . . .	—
numerowych w hotelach . . . . .	1	" " " . . . . .	—
guwernantek . . . . .	2	" " " . . . . .	—
byłych prostytutek . . . . .	1	" " " . . . . .	—
z przytułku Magdalenek . . . . .	1	" " " . . . . .	—

b) Wyciąg z instrukcji i rozporządzeń dotyczących się nadzoru nad służbą w ogóle:

Komisarz komitetu

powinien nieustannie czuwać za pośrednictwem swych pomocników, dozorców i służby policyi wykonawczej nad kobietami podejrzanymi o rozpustę, nie mającymi określonego zajęcia, a żyjącymi na skali nieodpowiedniej do środ-

ków, nad kobietami, napotykanemi z mężczyznami w łaźniach, kąpielach, hotelach, ogródkach i t. p. miejscach, nad uczęszczającemi na bale maskowe, do raj-furek, prostytutek, lub też do mieszkających z temi ostatniemi; po zebraniu odpowiednich danych komisarz przedstawia je jako kandydatki do kontroli komitetowej lub też oddaje sądowi.

#### Komisarz cyrkulu

czuwa nad służbą żeńską w szynkach, bawaryach, kawiarniach, dystrybucyach i u prostytutek i komunikuje komisarzowi komitetu o źle prowadzących się sługach; również śledzi robotnice w fabrykach, w których pracują mężczyźni razem z kobietami i ucieka się do tajnych środków, mających na celu wykrycie, czy pośród robotnic nie ma syfilityczek.

#### Dozorca komitetu

powinien czuwać w szynkach, bawaryach, kawiarniach, dystrybucyach nad służbą żeńską, nad szwaczkami, przychodzącemi na robotę do magazynów, nad kobietami uczęszczającemi do hoteli, domów zajezdnych, łaźni, kąpieli, nad służącemi u prostytutek—i gdyby zauważył, iż prowadzenie się tych kobiet jest podejrzanem, donosi o tem komisarzowi komitetu i jego pomocnikom.

#### Rewirowy:

jest obowiązany w razie podejrzenia służących o złe prowadzenie się; starać się sprawdzić, w miarę możliwości, o ile to jest sprawiedliwe i donieść o tem swemu komisarzowi; czuwa nad służbą żeńską w szynkach, bawaryach i t. p. zakładach i w razie dostrzeżenia ich niemoralności donosi o tem swemu komisarzowi.

Rozporządzenie cyrkularne warszawskiego Oberpolicmajstra z dnia 8 sierpnia 1885 r.

Ponieważ najcięższe przypadki chorób wenerycznych bywają po większej części u przyprowadzonych do komitetu, przez dozorców komitetu i policję, pokojówek, kucharek i wogóle służących nie zapisanych do kontroli komitetu, polecono więc komisarzom cyrkulowym trzymać się ściśle instrukcyi z 1874 roku, tyczących się czuwania nad prostytutką, a tem samem pomagać komitetowi do osiągnięcia tych celów, dla których jest utworzony.

II. Odczytano notatkę D-ra Izydora FRENKLA „z powodu przedsiębranych środków dla walki z chorobami wenerycznemi w miastach“. Pierwszy punkt o pozwoleniu mężczyznom uczęszczać do domów publicznych w maskach, uznano za nieodpowiedni, gdyż noszenie masek jest dozwolone tylko na maskaradach. Inne zaś dwa punkty, mianowicie: *a*) w kwestyi ograniczenia prostytucyi tylko do domów publicznych, oraz stosowania dezynfekcyi narządów płciowych osób, wychodzących z tych domów, i *b*) w kwestyi rozpowszechnienia książek o chorobach wenerycznych, komisya uznała za odpowiednie i przyjęła je do wiadomości.

III. Odczytano notatkę komisarza komitetu lekarsko-policyjnego, zawierającą krótki rys historyczny kontroli nad prostytutką w Warszawie od chwili zaprowadzenia jej, t. j. o.l roku 1800 do 1894 r. włącznie, oraz opis składu i organizacyi komitetu w chwili obecnej i o koniecznych zmianach w jego organizacyi.

Komisya postanowiła: prosić p. komisarza komitetu, aby notatkę tę dopełnił, przytaczając prawa i postanowienia Rządu, a następnie ją wydrukować.

[C. d. n.].

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

— † = † —

### 36. H. Schlesinger. Syryngomyelia.

Pierwsi KAHLER i SCHULTZE opisali zbiór objawów charakterystycznych dla syryngomyelii. CHARCOT podał następującą klasyfikację anatomiczną tych objawów:

1. objawy, wywołane cierpieniem szarej substancji rdzenia kręgowego,  
a) objawy zależne od cierpienia rogów przednich [zaniki mięśniowe],  
b) objawy z przyczyny cierpienia rogów tylnych rdzenia [zaburzenia czucia bólowego i termicznego przy zachowaniu czucia dotykowego i mięśniowego; CHARCOT nazwał ten rodzaj zaburzeń czuciowych „*dissociation syringomyelique*“],

c) objawy zależne prawdopodobnie od cierpienia substancji szarej środkowej [zaburzenia troficzne],

2. objawy, wywołane cierpieniem białej substancji [objawy te właściwie nie są charakterystyczne dla syryngomyelii, lecz tylko często towarzyszą jej],

a) objawy z powodu cierpienia pęczków bocznych [niedowłady i porażenia spastyczne],

b) objawy, wywołane cierpieniem pęczków tylnych [objawy tabetyczne, zaburzenia czuciowe].

Chociaż szemat, podany przez CHARCOT'a, został przyjęty przez wielu autorów, lecz ponieważ spostrzegano przy syryngomyelii wiele innych, do żadnej z powyższych grup nie wchodzących, przeto autor odstępuje od niego i opisuje objawy podług ich klinicznego przebiegu.

Zaburzenia ruchowe. Cierpienie mięśni należy do bardzo częstych objawów syryngomyelii, a mianowicie zanik ich, ograniczony do pojedynczych mięśni lub całe grupy, a nawet kończyny atakującej. Zaniki mięśniowe mają często charakter postępujący; zaczynają się najczęściej na górnych kończynach, zwykle na małych mięśniach dłoni. Niekiedy zanikiem są dotknięte mięśnie okolicy łopatko-ramieniowej (*typus scapulo-humeralis*). W przypadku REMAK'a zanik ograniczał się do mięśni ramienia. Obraz chorobowy przypomina czasami *sclerosis lateralis amyotrophica*, innym razem *dystrophia musculorum progressiva*. W zajętych mięśniach nierzadko występują drgania włóknkowe, niekiedy mechaniczna pobudliwość ich jest wzmożona. Siła fizyczna nie zmniejsza się równoległe do zaniku mięśniowego, zwykle wyprzedza go. Na dolnych kończynach najczęściej w początkach bywają tylko objawy spastyczne, przykurczenia. Widziano w syryngomyelii zaburzenia ruchu z cechą podrażnienia: drżenie przy ruchach celowych (*Intentionstremor*),

ruchy płasawiczne, drgawki toniczne, niekiedy nawet *opisthotonus*. Badanie elektrycznością nie wykrywa nic charakterystycznego: zmniejszenie pobudliwości względnie do stopnia zaniku mięśniowego, niekiedy częściowy, a nawet całkowity odczyn zwyrodnienia. Badanie drobnowidzowe mięśni nie wykazuje żadnych w nich zmian lub, co częściej, obraz zwykłego zaniku włókien mięśniowych. Chód w początkach choroby bywa tylko męczący dla chorego, potem najczęściej spastyczny, czasem ataktyczny, jak przy władzie rdzenia; bywają nadto przypadki syringomyelii, w których chód przypomina chód mózdkowy.

Zaburzenia czuciowe. Czucie dotykowe w wielu przypadkach syringomyelii zostaje nienaruszone, niekiedy jednakże występuje mniej więcej znaczne zmniejszenie czucia dotykowego, co nie przemawia przeciwko syringomyelii, jeśli tylko inne objawy pozwalają rozpoznać tworzenie się jam w rdzeniu. Do podstawowych objawów syringomyelii należy t. z. „*dissociation syringomyelique*“. Nieraz w pierwszych okresach syringomyelii spostrzegać się daje nadczułość bólową (*hyperalgesia*), potem dopiero obniżenie i całkowite zniesienie czucia bólowego (*hypalgesia et analgesia*). Zaburzenia czuciowe pojawiają się najpierw na palcach jednej kończyny górnej, potem na całej kończynie, potem na drugiej, czasem rozprzestrzeniają się na tułów („*en veste*“), czasem zajmują połowę ciała [ROSSOLIMO, OPPENHEIM], a nawet całe ciało [SCHUEPPEL, BERNHARDT, autor]. Opóźnienie przewodnictwa czucia bólu widziano rzadko [DAXENBERGER]. Zaburzenia czuciowe nie zawsze znajdują się na tej samej stronie co zanik i niedowład mięśni; syringomyelia wtedy daje obraz cierpienia BROWN-SÉQUARD'a. Przy syringomyelii często notowano zaburzenia czucia termicznego, zwykle zaczynają się te zaburzenia parestezjami termicznymi [uczucie subiektywne gorąca lub zimna], potem zaś przejawiają się one rozmaicie, jako zupełne zniesienie wrażliwości na temperaturę, zniesienie wrażliwości tylko na zimno, lub na ciepło; obniżenie wrażliwości termicznej lub też zamiana: zimne przedmioty chorey czuje jako ciepłe, ciepłe—jako zimne. Czucie mięśniowe w niektórych przypadkach bywa zniesione; spostrzegano także objaw ROMBERG'a. Czucie ucisku rzadko bywa naruszone. Częściej objawy podrażnienia w sferze czucia pod postacią nadczułości na dotyk i ból, lub w postaci bólów, jak przy władzie rdzenia.

Zaburzenia troficzne. Do najczęstszych objawów syringomyelii należą spotykane na skórze, jako to: *hyperaemiae, anaemiae*, zaburzenia ze strony wydzielniczej skóry, *dermatitis, phlegmons (morbus Morvani), gangrena, hemorrhagiae cutaneae, hypertrophia, atrophia*. Zaburzenia troficzne stawów i kości są również częste przy syringomyelii. Przy władzie rdzenia zaburzenia te spotykamy w większości przypadków [około 80%] na kończynach dolnych; przy syringomyelii zaś najczęściej [też około 80%] na górnych. Zaburzenia te bywają dwojakiego rodzaju: albo zaniki, albo przerosty. BERNHARDT podaje skrzywienie kręgosłupa w 25% przypadków syringomyelii, autor w 40%, zwykle skolioza w szyjowej części kręgosłupa, a *kyphosis* w grzbietowej. HALSCHEWNIKOFF i RECKLINGHAUSEN opisali kombinację akromegalii z syringomyelią; obecnie stwierdzono, iż powiększenie się niektórych części ciała może być zależnem od syringomyelii, najczęściej ulega powiększeniu jedna kończy-

na albo część jej; czasem powiększają się wszystkie składowe części kończyny, czasem tylko niektóre jej części [kości albo mięśnie]. Akromegalia zwykle należy do późniejszych objawów syringomyelii, czasem jednakże i we wczesnych okresach była obserwowana; zwykle postępuje szybko.

Odruchy. Skórne odruchy najczęściej są zwiększone, co zaś do ścięgniowych, to na kończynach górnych zwykle ich brak, a na dolnych są zwiększone; nie rzadko obserwowano *clonus pedis*, czasem tylko na jednej kończynie, widziano także i brak odruchu rzepkowego, niekiedy to bywa z powodu połączenia syringomyelii z wiałdem rdzenia.

Zaburzenia pęcherza, kiszki prostej i czynności płciowej. Nieraz pomimo kilkunastoletniego trwania syringomyelii niema żadnych zaburzeń ze strony pęcherza; najczęściej zjawiają się one późno, niekiedy tylko jako początkowy objaw cierpienia [CRITZMANN, PARMENTIER].

Zaburzenia te rzadko są przejściowego charakteru; częściej stałego. Bywa: *incontinentia, retentio urinae, ischuria paradoxa*. Zaburzenia ze strony kiszki prostej zdarzają się cokolwiek rzadziej. Podają liczne opisy zaburzeń czynności płciowej: u kobiet *suppressio mensium*, u mężczyzn niemoc płciowa, lecz opisywano i częste nocne bolesne polucye [WICHMANN], w początkach często *priapismus* [OPPENHEIM].

Zaburzenia w sferze nerwów mózgowych. Nerwy zmysłowe cierpią najrzadziej, a mianowicie: nerw węchowy i słuchowy, częściej językogardzielowy, powodując albo całkowite zniesienie smaku na całym języku, lub jego połowie, albo też częściowe zniesienie uczucia smaku, goryczy, kwasów. Bardzo częstem jest cierpienie nerwów wzrokowych; w wielu przypadkach spostrzegano zanik nerwu wzrokowego, jak przy wiałdzie rdzenia. W dużej większości przypadków syringomyelii pole widzenia jest prawidłowe, w niektórych zwężone, czasami zwężenie to zależy od współistnienia histeryi.

W dziedzinie mięśni ocznych notowano następujące zaburzenia: 1) bieganie oczu (*nystagmus*) lub drgania, przypominające biegania oczu (*nystagmus-artige*); 2) porażenie mięśni ocznych zewnętrznych; objaw ten spotyka się rzadziej [12%], aniżeli przy wiałdzie rdzenia [20%] i *sclerosis en plaques* [17%]; *ptosis* spotyka się rzadko; różnicę w szerokości źrenic notowano bardzo często; 3) porażenie nerwu współczulnego (*n. sympathici*), objawiające się zwężeniem źrenicy (*myosis*), zwężeniem szpary ocznej, wciągnięciem gałki ocznej i zaburzeniami krążenia krwi na twarzy: objaw ten notowano w 15% przypadków, czasem nawet jako początkowy objaw syringomyelii.

Bardzo często bywa dotkniętym nerw trójdzielny (*n. trigeminus*), lecz tylko gałązki jego czuciowe: obserwowano wtedy w okolicy czoła, wargi, podbródka nadezłość na dotyk i ból, niekiedy *dissociation syringomyelique*. BERNSTEIN opisał wypadanie włosów, zębów i zanik połowiczny twarzy. Gałązki ruchowe nerwu trójdzielnego cierpią bardzo rzadko.

Zajęcie nerwu twarzowego, głównie gałązki dolnej, spotyka się nierzadko. Względnie częste są zaburzenia w żuciu i polykaniu i zanik połowiczny języka. Objawy ze strony krtani w przebiegu syringomyelii bywają czuciowe i ruchowe; te pierwsze subiektywne [parestezya] i obiektywne [znieczulenie strun gło-



sowych, brak odruchu krtaniowego]. Ruchowe, jak przy wiaździe rdzenia: 1) bezwład; 2) osobliwe ruchy strun głosowych [przy intonacji drgania]; 3) napady drgawek mięśni krtaniowych (*Larynxkrise*). Często bywa całkowity bezwład jednego nerwu wstecznego (*n. recurrens*), *Posticuslähmung* bywa tylko przejściowo i tylko z jednej strony; przeciwnie przy wiaździe rdzenia *Posticuslähmung* obustronne jest prawidłem. Porażenia krtaniowe przy syryngomyelii zdarzają się nie wiele rzadziej, niż przy wiaździe rdzenia; sprawa zaczyna się powoli [zwykle głos staje się zachrypnięty] i postępuje naprzód. Porażenia strun głosowych powodują zaburzenia mowy: staje się ona mało zrozumiałą, a przy jednoczesnem porażeniu podniebienia miękkiego mowa nabiera odcienia nosowego. W sferze nerwu błędnego obserwowano: działalność serca nierówną, przyspieszenie lub zwolnienie tętna, parestezye w płucach, żołądku, wymioty.

Z objawów mózgowych notowano: zawroty głowy, ból głowy, ogólne drgawki toniczne i kloniczne, *polyuria*, *pollakuria*, *glycosuria*, *pollidypsia*. Najczęściej pomimo długoletniego trwania syryngomyelii niema żadnych zaburzeń psychicznych. Ogólne odżywianie niekiedy, pomimo szybko idącej sprawy w rdzeniu, nie pozostawia nic do życzenia. Zaburzenia opuszkowe często należą do względnie wczesnych; nierzadko początkowym objawem syryngomyelii bywa zaburzenie głosu, połykanie lub przejściowe porażenie mięśni ocznych. Zwykle stałe zaburzenia opuszkowe zjawiają się później, niekiedy bardzo późno. Nie wszystkie nerwy czaszkowe równie często biorą udział w cierpieniu, najczęściej trójdzielny [gałązka wstępująca], rzadziej twarzowy, błędny, dodatkowy (*accessorius*) i nerwy mięśni ocznych, szczególnie okoruchowy zewnętrzny. Zwykle nerwy opuszkowe cierpią tylko z jednej strony.

Na 200 przypadków syryngomyelii, zebranych przez autora, w 65 były zaburzenia opuszkowe.

Główne typy syryngomyelii. Wielka różnaitość objawów syryngomyelii, zmienny przebieg cierpienia, różnorodne umiejscowienie jam w rdzeniu i rdzeniu przedłużonym wywołują również wielką różnorodność form klinicznych. Autor rozróżnia następujące główne typy syryngomyelii, prócz form przejściowych.

1. Syryngomelia z klasycznymi objawami: a) Typ szyjowy (*cervicaltypus*); ta forma jest najdawniej i najściślej wystudjowana. W początkowym okresie chorzy spostrzegają osłabienie rąk, równocześnie z tem lub wcześniej chorzy odczuwają porażenie w rękach. Przy badaniu znajdujemy zanik mięśni dłoni, zmiany czuciowe (*dissociation syr.*) i troficzne zmiany na skórze palców. Objawy te początkowo zajmują tylko część kończyny górnej, potem rozprzestrzeniają się na całą kończynę. Odruchy rzepkowe wzmożone; odruchy ścięgnięte na kończynach górnych zniesione. Boczne skrzywienie kręgosłupa. Zjawiają się objawy spastyczne; chód się zmienia, w końcu staje się niemożliwym; przybywa zanik mięśniowy na kończynach dolnych; czasem cierpienie jednego, bardzo rzadko kilku nerwów czaszkowych. Zmiany czuciowe rozszerzają się na większą część powierzchni ciała. b) Typ grzbietowo-lędźwiowy względnie do poprzedniego jest rzadki. Rwące bóle z parestezjami [uczu-

cie gorąca i zimna] rozpoczynają obraz chorobowy; wkrótce dołącza się osłabienie, potem porażenie mięśni kończyn dolnych; zwykle najwcześniej podlegają zanikowi mięśnie ksobne, wyprostne goleni i mięśnie, otrzymujące gałązki od nerwu strzałkowego. Chód zwykle paretyczno-spastyczny; odruchy rzepkowe silnie wzmożone. Niekiedy cierpienie dotyczy tylko jednej kończyny, niekiedy bardzo szybko przechodzi na drugą. Czucie daje obraz „*dissociation*“, często ze znacznym osłabieniem czucia dotykowego i mięśniowego. Niekiedy obserwowano ataksję, zaburzenia pęcherza i kiszki prostej; czynności płciowe osłabione, albo całkiem zniesione; w późniejszych okresach rozwijają się ciężkie zmiany troficzne na kończynach dolnych, szczególnie *mal perforant*.

2. Syryngomyelia przeważnie z objawami ruchowymi.

a) Przebiegająca pod postacią *sclerosis lateralis amyotrophicae*; osłabienie rąk i nóg; potem zanik mięśniowy *en masse*; ruchy bardzo utrudnione z powodu osłabienia mięśni i szybko występującej sztywności; odruchy bardzo wzmożone; przykurczenia. Czucie może pozostać bez zmian przez całe lata, albo też są tylko parestezye; czasem w późniejszych okresach występują charakterystyczne zmiany czuciowe. Skrzywienie kręgosłupa może naprowadzić na dobre rozpoznanie. Zaniki mięśniowe mogą być maskowane przez rozrost tkanki tłuszczowej.

b) Niekiedy syryngomyelia przebiega pod postacią *paralysis spinalis spastica*; cierpienie rozpoczyna się osłabieniem w jednej lub obu nogach; zjawia się sztywność ich, odruchy rzepkowe zwiększone; cierpienie może przejść i na kończyny górne; obserwowano rozwijającą się skoliozę, uczucie opasywania, zaburzenia w oddawaniu moczu; niekiedy parestezye termiczne; rzadko czuciowa sfera zostaje nietkniętą aż do śmierci.

c) ROTH pierwszy opisał syryngomyelię, przebiegającą pod postacią *dystrophiae musculorum progressivae* z typem ramienio-łopatkowym. Cierpienie rozpoczyna się od zaniku mięśni okolicy barku, karku, lub przednich piersiowych, przyczem są parestezye i zmiany troficzne. Zanikowi ulegają następujące mięśnie: *supra- et infraspinati, cucullares, serrati, rhomboidei, latissimi dorsi, subscapulares, teretes, levatores scapulae* i wiele innych. Mięśnie dłoni i przedramienne zazwyczaj pozostają bez zmiany; równocześnie z zanikiem jednych mięśni bywa i *pseudohypertrophia* innych. Czucie albo wcale nietknięte całe lata, lub też bardzo mało zmienione. W większości przypadków wcześniej występowały objawy opuszkowe i krtaniowe.

3. Syryngomyelia z przeważnie czuciowymi zmianami.

a) W przypadkach ROSSOLIMO i OPPENHEIM'a cierpieniem dotknięty był tylny róg substancji szarej wzdłuż całego rdzenia; za życia obserwowano w połowie ciała „*dissociation*“ czucia bez zaników mięśniowych i porażań. Do tych zjawisk przyłączają się niekiedy zmiany troficzne, a nawet nieznaczne ruchowe.

b) W literaturze istnieje jeden przypadek, ogłoszony przez SPAETH'a i SCHUEPPEL'a, w którym zniesienie czucia dotykowego, bólowego, termicznego, mięśniowego i stawowego było na całym ciele, z wyjątkiem głowy i części szyi, tak, że chory nie mógł pociemku nakryć się kołdrą, gdyż nie czuł, ani gdzie jest kołdra, ani gdzie ciało. Anatomicznie znaleziono dużą jamę wzdłuż środka rdzenia, która zniszczyła pęczki tylne rdzenia.

4. Syryngomyelia przeważnie z zaburzeniami troficznemi.

W 1883 r. MORVAN ogłosił nową chorobę z następującymi objawami: zanik mięśni dłoni i przedramienia, znieczulenie na dotyk, ból i temperaturę, bezbolesne zastrzały (*pararitia*) i inne troficzne zaburzenia. Prace BERNHARDT'a, ROTH'a, HOFFMAN'a i innych wykazały, że podstawą anatomiczną tego cierpienia jest syryngomyelia z typowymi zmianami w rdzeniu. ZAMBACO PASCHA wykrył, iż w Bretanii, gdzie obserwowano większość przypadków choroby MORVAN'a, wykazano laseczniki trądu. SOUTA MARTINS znalazł także w jednym przypadku w jamie syryngomyelicznej laseczniki trądu i wygłosił zdanie, że syryngomyelia i choroba MORVAN'a są trądem. Badania jednak zmarłych na trąd w Bergen, a także badania wielu przypadków syryngomyelii nie potwierdziły tego zdania. Obecnie większość badaczy przyjmuje, iż choroba MORVAN'a nie jest oddzielną chorobą, lecz zbiorem objawów, spotykanym i przy trądzie i przy syryngomyelii.

5. Syryngomyelia, przebiegająca pod postacią wiądu rdzenia.

W dużej ilości przypadków obserwowano na kończynach górnych objawy właściwe syryngomyelii, a na dolnych objawy wiądu rdzenia, albo też na dolnych kończynach objawy wiądu rdzenia, a na całym ciele „dysocycję czucia“.

Opisane są przypadki połączenia syryngomyelii z najróżnorodniejszymi organicznymi cierpieniami układu nerwowego, względnie często kombinację z histeryą, która może znacznie zmodyfikować obraz chorobowy.

Rozpoznanie różniczkowe. Przy odróżnianiu syryngomyelii od *sclerosis amyotr. lateralis* pamiętać należy, że zmiany czuciowe przy *sclerosis* są rzadkie i tylko na najbardziej obwodowych odcinkach kończyn; za syryngomyelią przemawiają, prócz charakterystycznych zmian czucia, troficzne zmiany skóry, tkanki podskórnej, kości, stawów; także, przy opuszkowych objawach, zanik nerwu wzrokowego, bieganie oczu, połowiczne objawy.

Zaburzenia czucia i zaniki mięśni wyróżniają także syryngomyelię od *paralysis spinalis spastica*. *Sclerosis disseminata* i syryngomyelia przedstawiają dużo wspólnych objawów: obszerne i silnie wyrażone zaniki mięśni, a także dysocycya czucia i skrzywienie kręgosłupa przemawiają za syryngomyelią. Hematomyelia odróżnia się swoim nagłym początkiem [po traumie lub dobrowolnie] i szybkim rozwojem objawów porażenia. *Atrophia musculorum spinalis progres.* niejednokrotnie przedstawia trudności rozpoznawcze; kierować się trzeba: dysocycją czucia, objawami ze strony nerwu współczulnego, skrzywieniem kręgosłupa, zwiększeniem odruchów, parestezjami termicznymi.

*Dystrophia musculorum progres.* łatwo może symulować syryngomyelię i odwrotnie; rozpoznanie umożliwia zwiększenie odruchów ścięgniętych, objawy troficzne skóry, zaburzenia pęcherza. *Myelitis acuta et subacuta* często dają obraz syryngomyelii; szybki rozwój porażenia przemawia za *myelitis*; za syryngomyelią zaś połowiczne objawy, szczególnie, jeśli do niedowładu przyłączą się drgawki, parestezye, wychudnienia.

Syfilis rdzenia, przebiegający pod postacią *meningo-myelitidis*, daje objawy spastyczne z nieznaczными zaburzeniami czucia, pęcherza i kiszki prostej; trudniejszym jest rozpoznanie gumatu, zajmującego miejsce, w którym zwykle lo-

kalizuje się syringomyelia, w tym razie rozstrzyga leczenie. Wiad rdzenia przedstawia bardzo wiele objawów wspólnych z syringomyelią; łatwo jest odróżnić szyjową formę syringomyelii, bardzo zaś trudno w tych przypadkach kiedy syringomyelia rozpoczyna się w lędźwiowej części rdzenia i zajmuje tylne pęczki. Nietrudno odróżnić chorobę FRIEDREICH'a, charakteryzującą się wysoko rozwiniętą ataksją, brakiem odruchów rzepkowych, brakiem zaburzeń czuciowych, zmianami mowy, bieganiem oczu, wczesnem powstawaniem cierpienia i dziedzicznym charakterem. Wewnątrz-rdzeniowe nowotwory, jeśli same nie prowadzą do syringomyelii, trudno dają się rozpoznać; kierujemy się znanymi dla syringomyelii objawami. *Pachymeningitis hypertrophica cervicalis* w typowych przypadkach łatwo daje się rozpoznać, lecz bywają przypadki, w których objawy podrażnienia występują na drugim planie, na pierwszym zaś mamy niedowład rąk z częściową zmianą czucia, zanik mięśniowy na górnych kończynach, objawy spastyczne na dolnych; w takich przypadkach różniczkowe rozpoznanie jest niemożliwem. Ucisk rdzenia, np. przy *caries* kręgu, jeśli to ma miejsce na ostatnim szyjowym lub 1-szym grzbietowym, może dać obraz chorobowy, przypominający syringomyelię: niedowład spastyczny dolnych kończyn, zanik małych mięśni dłoni, objawy ze strony nerwu współczulnego, typowa *dissociacya* czucia. Próchnienie 4, 5, 6 kręgu szyjowego może przebiegać pod postacią syringomyelii z typem ramienio-łopatkowym.

Przy różniczkowym rozpoznaniu ważnem jest pamiętać, iż przy próchnieniu mamy charakterystyczną formę kręgosłupa, bolesność kręgów przy nacisku i nagłem obciążeniu. Nowotwory zewnątrz-rdzeniowe mogą, uciskając rdzeń, wywołać objawy syringomyelii; zwykle cierpienie rozpoczyna się silną neuralgią; porażenie i znieczulenie, obejmujące wszystkie rodzaje czucia, ustawicznie zwiększają się.

Porażenie w obrębie splotu ramieniowego może wywołać obraz podobny do syringomyelii, szczególnie, jeśli to ma miejsce z obu stron; przy odróżnianiu zwracamy uwagę na nagły początek [od urazu lub po uśpieniu] i na równomierne zajęcie wszystkich rodzajów czucia przy cierpieniu splotu ramieniowego. *Neuritis leprosa* przedstawia bardzo wiele trudności rozpoznawczych; jako najważniejsze rozpoznawcze oznaki są: obecność trędowatych zmian skóry [owrzodzenia, charakterystyczne białe, niebolesne, blizny], czuciowe zmiany przy syringomyelii zajmują duże powierzchnie, przy trądzie małe kawałki, najwyżej całą kończynę; ma też znaczenie miejsce zamieszkania chorego [miejscowości dotknięte trądem]. Rozsiane zapalenie nerwów (*polyneuritis*) rzadko przedstawia trudności, gdyż tutaj na pierwszy plan występują objawy bólowe, nerwy i mięśnie są bolesne na dotyk, troficzne zmiany słabo rozwinięte. Więcej trudności przedstawia *polyneuritis diabetica*, gdyż daje podobne do syringomyelii objawy, lecz zwykle tylko na kończynach dolnych.

Histerya, jak wykazuje wiele obserwacji, niejednokrotnie z całą dokładnością symuluje syringomyelię; zwracamy uwagę na zwięźenie pola widzenia, niestałość objawów, wpływ sugestyi, *transfert*. W literaturze znajduje się wiele przypadków *sclerodermiae*, opisanych jako choroba MORVAN'a lub syringomyelia; obecność zmian czuciowych i zaników mięśniowych przemawia prze-

ciw *sclerodermiae*. Ogłoszono 7 obserwacji ogólnego znieczulenia (*anaesthesia*), przyczem badanie pośmiertne w tych przypadkach wykryło syringomyelię. Większość autorów stan taki chorobowy czyni zależnym od psychozy; zmiany w sferze ruchowej, ciężkie zmiany kostne, stawowe, przemawiają przeciwko psychozie.

Autor zgadza się z HOFFMANN'em w podziale syringomyelii pod względem klinicznym na 2 główne typy: 1) powstałą z rozpadu gliomatu i 2) syringomyelię, powstałą na innej drodze. Dla gliomatozy charakterystycznym jest: 1) szybko powstające i postępujące osłabienie mięśni, otrzymujących unerwienie z odcinków rdzenia, położonych poniżej nowotworu, bez widocznego zaniku, 2) czuciowe objawy podrażnienia i porażenia [uczucie pasa opasującego, sztywność karku, bóle ciągnące i t. p.], 3) szybko występujące zaburzenia pęcherza i kiszki prostej, 4) przy wysokiem umiejscowieniu nowotworu wczesne wystąpienie objawów opuszkowych, 5) zmienność objawów, 6) ruchowe stany podrażnienia [drgawki].

Dla rozpoznania syringomyelii najważniejszymi są objawy najpierw opisane przez KAHLER'a i SCHULTZE'go, mianowicie: zaniki mięśniowe, zmiany czuciowe [przeważnie czucia termicznego i bólowego], troficzne zmiany skóry i tkanki podskórnej i skrzywienie kręgosłupa. Z jednego objawu, choćby kardynalnego, rozpoznać syringomelię nie można, potrzebne są inne jeszcze oznaki, chociażby drugorzędne.

Etyologia w znacznej większości przypadków jest niewyjaśniona; w niektórych prawdopodobnym jest uraz; niektórzy autorowie przypuszczają wpływ chorób zakaźnych i przeziębień. Częściej zachorowują mężczyźni: na 190 przypadków, zebranych przez autora, było mężczyzn 133 i 57 kobiet. Wiek najczęściej między 11 a 40 rokiem.

Przypadki, w których mamy do czynienia z gliomatami w rdzeniu, przebiegają dość szybko, nigdy dłużej nad 5—6 lat; zwykła syringomyelia niekiedy trwa 30—40 lat, chorzy zazwyczaj umierają albo od następstw zaburzeń pęcherza albo od innej jakiej choroby.

Leczenie może być tylko objawowem; przy bólach antypiryna, morfina i t. p.; przykurczenia poprawiają się od masażu, elektryzacya nie daje żadnych dodatnich wyników.

Zmiany anatomo-patologiczne. Makroskopowo rdzeń przedstawia się spłaszczonym, opony mało zmienione. Jama zwykle małych rozmiarów, niekiedy ciągnie się wzdłuż całego rdzenia, niekiedy z przerwami zwykle ośrodkowo, czasem zajmuje tylko pęczki; wielkość jamy bywa rozmaita, ściany jej zwykle gładkie. Jeśli znajduje się gliomat, to przekrój przyjmuje całkiem inny wygląd: budowa rdzenia zmieniona lub zupełnie zniszczona, środek przekroju zajmuje tkanka szara lub szaro-czerwona, twarda lub miękka. Przy zwykłej syringomyelii znajdujemy znaczny rozrost komórek, zwiększający się w miarę przybliżenia do jamy; komórki te podobne są do komórek nabłonka kanału centralnego i, jak on, silnie się barwią; naczynia rozrośnięte zmian znacznych nie przedstawiają. Jeśli mamy do czynienia z syringomyelią nie gliomatycznego pochodzenia, to obraz drobnowidzowy zmienia się, gdyż

nowotwór bywa różnorodnego charakteru (*sarcoma, myxoma* i inne). Naczynia na obwodzie nowotworu są znacznie rozrośnięte; spotykamy często małe krwotoki.

Patogeneza. Wszyscy autorowie zgadzają się, iż hydromyelia jest następstwem zboczeń rozwojowych wrodzonych, a syringomyelia następstwem rozpadu nowotworów wewnątrz-rdzeniowych. Są zdania, iż powodem syringomyelii mogą być sprawy zapalne rdzenia, cierpienie naczyń, sprawy zastoinowe w rdzeniu i wiele innych.

Autor w swej wyczerpującej pracy przytacza 32 własne spostrzeżenia. (*Die Syringomyelie. 1895. 287 str.*)

K. Stróżewski.

### 37. M. Kurłoff. O pasożytach koklusz.

Autor twierdzi, że spostrzegane przez poprzedników jego [AFANASJEW, WENDT] bakterye, jakoby swoiste dla koklusz, nie stoją wcale w przyczynowym związku z tym ostatnim. Natomiast, badając sam w 8 przypadkach płwocinę świeżą, nie barwioną, znajdował w niej stale 2 formy pasożytów. Mianowicie, w przypadkach świeżych, w których płwocina była jeszcze zupełnie przezroczysta, śluzowa, spostrzegał zawsze twory rozmaitej wielkości, zaopatrzone z jednej, niekiedy zaś z dwu stron rzęskami niejednakowej długości. Za pomocą rzęsków tych, wykonywujących ruchy wahadłowe, cały pasożyt posuwa się naprzód. Zmienia on często swoje kontury; dlatego też jądro jego widzieć się daje w różnych częściach ciała. Rzęski spostrzegać można i na preparatach barwionych [za pomocą roztworu fuksyny ZIEL' a] Drugą typowszą i najważniejszą składową część płwociny, występującą wtedy, kiedy w tej ostatniej spotykamy mnóstwo ciałek ropnych, nie spotykamy zaś prawie wcale pasożytów rzęskowatych, stanowią ciałka o kształcie okrągłym, podobne ze względu na własność silnego przełamywania światła do kropelek tłuszczu lub też śluzu, ze względu zaś na koncentryczną swoją budowę — do ziarenek krochmalu. Twory te mają wyraźną otoczkę, w większości przypadków jedną wspólną dla dwóch; poza tem składają się z ziarnistej protoplazmy i z jądra, położonego po środku wraz z jąderkiem. Ciałka te rozmaitej wielkości spostrzegać można pojedynczo lub też kupkami, niekiedy wewnątrz dużych ziarnistych komórek. Jeżeli zostawić preparat z płwociny w wilgotnej kamerze na dobę lub dłużej, wtedy spostrzegać można, jak otoczki niektórych ciałek pękają, przez szparę zaś występują same ciałka, wykonywując ruchy ameboidalne. Pozostałe otoczki zamieniają się w woreczki rozmaitej formy, stopniowo tracą swoje kontury i wypełniają się śluzem. Co się tyczy wspomnianych wyżej dużych, ziarnistych komórek, to autor spostrzegał je w dość dużej ilości. Są one rozmaitej wielkości, niektóre z nich przewyższają 5—6 razy największe białe ciałko krwi, mają jedno lub 2 jądra, położone po środku, częściej — z boku, cała zaś protoplazma wypełniona jest błyszczącymi ziarenkami różnej wielkości. Największe z pomiędzy nich mają budowę koncentryczną. Komórki te miejscami pękają, i zawarte w nich ziarenka występują na zewnątrz. Jest to więc typowy obraz rozmnażania się za pomocą wewnątrz-komórkowego tworzenia się zarodników. Bezpośrednia obserwacja wykazała, że komórki te powstają z opisanych wyżej pasożytów, gdyż są między nimi formy przejściowe.

Dalej na pytanie, jak odróżnić podobne ameby średniej wielkości od zwykłych ciałek ropnych, autor odpowiada, że najlepiej daje się to uskutecznić na zasadzie ruchliwości ameb i częstego tworzenia się wyrostków to z jednej, to z dwu stron ich ciał; czasami jednak trudno zdecydować, czy mamy przed sobą poruszającą się amebę, czy też ciało ropne o wzmożonej ruchliwości, dzięki jakiejś drażniącej sprawie natury chemicznej, zachodzącej w płwocinie kokluszowej.

Te to ameby autor uważa za grające rolę w powstawaniu koklusz, stosunku zaś ich do opisanych wyżej pasożytów rzęskowatych wyjaśnić nie może. Podobne pasożyty opisali już dawniej HENKE i DEICHLER, spostrzeżenia ich jednak nie zostały przez nikogo potwierdzone.

(*Centralblatt f. Bakteriologie etc. Nr. 14 - 15. 1896*).

H. Lanlau.

## TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE,

— 2 = 3 —

Posiedzenie z dnia 17. III. 1896.

1) HIGIER przedstawia młodą, ze zdrowej rodziny pochodzącą kobietę, która w ciągu ostatnich 6 miesięcy miewała bez powodu napady podobne do *anginae pectoris*. Od 2 tygodni objawy te ustąpiły miejsca powtarzającym się codziennie napadom, cechującym pod wielu względami tężyczkę; po jednym z nich powstało nawet niebolesne przykurczenie ręki [t. zw. „ręka akuszeryjna“], patognomiczne dla tetanii. Brak momentów przyczynowych, bolesności przy napadach oraz wzmożenia pobudliwości mechanicznej i elektrycznej mięśni i nerwów przemawiają przeciw tężyczce. Natomiast zniesienie czucia, ślepotą i głuchota po stronie prawej, brak węchu i smaku oraz kilka innych objawów pozwalają na rozpoznanie histeryi.

2) HIGIER przedstawia 4 siostry, od 17 do 24 lat liczące, dotknięte jednakowem cierpieniem, które wystąpiło między 8 a 12 rokiem życia. Pochodzą one od rodziców zdrowych, przyszły na świat prawidłowo. Obraz kliniczny choroby jest mniej więcej następujący: spastyczne porażenie kończyn dolnych, *pes varo equinus*, *pes cavus*; niezgrabność, osłabienie i swoisty układ rąk i palców; wzmożenie odruchów ścięgniowych; zmiany w wyrazie twarzy; upośledzenie inteligencji; zanik nerwów wzrokowych. Zastanawiając się nad istotą choroby, po wykluczeniu najrozmaitszych cierpień układu nerwowego, rozpoznaje H. u swoich chorych *diplegiam cerebralem*, cierpienie mało jeszcze znane, mające za podstawę pierwotne stwardnienie kory (*sclerosis genuina*).

3) STANKIEWICZ demonstruje preparat guza szczęki dolnej, usunięty drogą operacyjną wraz z połową szczęki. Jest to mięsاک, wychodzący z okostnej, a powiększał się tak szybko, że w ciągu miesiąca z małego guziczka obok zęba mądrości rozszerzył się na całą połowę szczęki.

4) STANKIEWICZ okazuje preparat guza, znalezionego w worku przepukliny pachwinowej u kobiety, a połączonego ze sznurkiem, ciągnącym się przez otwór przepuklinowy wgłąb jamy brzusznej. Prawdopodobnie było to *hydracele muliebris*.

5) SĘDZIAK odczytuje dokończenie swej pracy „O leczeniu raków krtani“. W celu wydania sądu o wartości rozmaitych metod leczenia raka krtani, mówca dzieli te ostatnie na: rezekecyę całkowitą, częściową, laryngofisurę, ręko-czyny endolaryngealne, tracheotomię i *pharyngotomiam subhyoideam*, przytacza statystykę przypadków, traktowanych każdą z tych metod, liczbę wyleczeń zupełnych [trwających więcej, niż lat 3], wyleczeń względnych [gdzie po roku nie było recydywy], recydyw oraz zejść śmiertelnych, zależnych od samej operacyi. Na zasadzie zebranych danych S. przemawia za stosowaniem laryngofisury, połączonej z częściową rezekecyą krtani, chociaż i całkowite usunięcie tego narządu powinno być w niektórych razach wykonywane. Tracheotomia jest aktem wstępnym do innej operacyi, a niekiedy czyni zadość wskazaniu życiowemu. Metoda endolaryngealna jest wskazaną tam, gdzie guz jest ograniczony, niewielki. *Pharyngotomia subhyoidea* stosowaną być winna przy rakach nagłośni i *sinus pyryformis*, a rezekecyą połowy krtani tam, gdzie nowotwór ściśle się ogranicza do jednej połowy tego narządu.

W dyskusyi SREBRNY jest zdania, że mówca niesłusznie pomieścił tracheotomię w rzędzie metod leczniczych i niewłaściwie uważa laryngofisurę za oddzielną operacyę. Co do przypadków doszczętnego wyleczenia raka za pomocą metody endolaryngealnej, to, jak uczy znany przypadek THORNWALD'a i BESCHORNER'a, niezmiernie łatwo w takich razach o błąd w rozpoznaniu.

SOKOŁOWSKI zaznacza, że laryngofisura sama, bez następczej częściowej rezekecyi krtani, nie jest metodą leczniczą. Zapytuje dalej mówcę, dlaczego nie wspomniał w swej pracy o galwanokaustyce.

Podobne pytanie zadaje Dobrowolski co do elektrolizy, jednocześnie zaś wspomina o znanych sobie trzech przypadkach całkowitej i jednym—częściowej rezekecyi krtani, operowanych w Warszawie, a nie włączonych do statystyki SĘDZIAKA.

---

## Druga wystawa higieniczna w Warszawie.

---

Przed tygodniem, w d. 16 b. m., nastąpiło uroczyste otwarcie wystawy higienicznej, która zajęła specjalnie na ten cel założony park miejski przy zbiegu ulic Kaliksta, Nowowiejskiej i Polnej. Obszerny plac, mający przeszło 200000 łokci kwadratowych powierzchni, zamieniono w ciągu roku na ogród, zaprowadzono w nim kanalizacyę i wodociągi, oraz wzniesiono cały szereg budynków, mieszczących ekspozyty. Jakkolwiek w terminie otwarcia, zgodnie ze zwyczajem, panującym na wszystkich prawie wystawach, znaczna część okazów nie była jeszcze gotową, mimo to z tego, co już wykończono, wnosić można, że wystawa obecna nie tylko w niczem ustępować nie będzie swej poprzedniczce z przed lat 9-ciu, lecz pod bardzo wieloma względami ją przewyższy. Nawet porównanie wystawy Warszawskiej z podobnymi wystawami, urządzanemi w innych miastach Europy, wypadnie bezwarunkowo na korzyść pierwszej; żadna z nich bowiem nie mogła się poszczycić tak staranem i dokładnem przedstawieniem okazów, odnoszących się do działu naukowego, który stanowi tem większą zasługę organizatorów wystawy, że środki materialne, jakimi rozporządzali, były nadzwyczaj skromne.



Oprócz zapomogi, otrzymanej od miasta i przeznaczonej wyłącznie na urządzenie parku oraz pobudowania części pawilonu głównego, nie starano się o inne zasiłki pieniężne, lecz z kwotą kilkuset rubli, złożonych przez członków wystawy, przystąpiono do dzieła i stworzono wystawę, której pierwotnym inicjatorem był redaktor „Zdrowia“ D-r POLAK. Jemu wystawa obecna, podobnie jak poprzednia, zawdzięcza swe powstanie, jego wytrwałość i niezrażanie się licznymi, czasem na pozór niezwalczonymi przeszkodami sprawiły, że, pomimo sceptycznych przepowiedni, jakie z pewnością nie jednego by przeraziły i zniechęciły, projekt, podniesiony przezeń na jednym z posiedzeń redakcyjnych „Zdrowia“, został po upływie niespełna 2 lat urzeczywistniony.

Po załatwieniu pierwszych formalności i uzyskaniu pozwolenia na urządzenie wystawy, zorganizował się zarząd z prof. BRODOWSKIM na czele i nastąpił podział prac naukowych pomiędzy oddzielne sekcye, których członkowie przedstawili w sposób poglądowy, przystępny dla szerszej publiczności, to wszystko, co się odnosi do higieny, tak jednostek, jak i ogółu, a co dziś jeszcze znajduje się u nas niejednokrotnie w tak wielkim zaniedbaniu.

Odkładając szczegółowy opis naukowej części wystawy do następnych sprawozdań, nadmienimy tu jedynie, że ogólne ugrupowanie okazów naukowych jest bardzo systematyczne i pod względem estetycznym nie pozostawia również nic do życzenia. Okazy te mieszczą się przeważnie w dwóch głównych budynkach, wzniesionych przez komitety wystawy, mianowicie w pawilonie głównym i halli gimnastycznej, wzniesionej staraniem p. RYCERSKIEGO, inżyniera. W pierwszym znajduje się dział szpitalny, fizyczno-chemiczny, farmaceutyczny, statystyczny, przemysłowy i budowlany, hallę zaś zajmuje wyłącznie sekcya pedagogiczna. Część działu szpitalnego oraz dział leczniczy mieszczą się w baraku przenośnym DECKER'a; do tego działu należy jeszcze stacya ratunkowa, urządzona na wzór tego rodzaju stacyi, funkcjonujących w Wiedniu. Prócz tego w oddzielnym budynku, specjalnie na ten cel postawionym, mieści się instytut bakteriologiczny; wreszcie po raz pierwszy figurujący na wystawie dział higieny ludowej zajmować będzie cały szereg budynków, które z powodu ciągłej niepogody nie mogły być na termin wykończone; między innymi przedstawiona tu zostanie typowa chata wiejska, rzeźnia mało-miasteczkowa i łaźnia ludowa.

W. Szumlański.

## Wiadomości drobne.

— MÉRY wyhodował z krwi pewnej chorej na szkarlatynę postać paciorkowca, która okazała się przy badaniu doświadczalnym niewrażliwą na działanie surowicy MARMORK'a. Ta sama surowica znosiła zupełnie działanie zwykłego paciorkowca o jadowitości wzmożonej i przytem silniejszej od postaci wyhodowanej przez autora. Wynika stąd, że ludzie mogą być zarażani przez różne odmiany paciorkowców, co np. dla koni zostało już wpiérw stwierdzonem, i że względem pewnych z pomiędzy tych odmian surowica MARMORK'a może się okazać nieskuteczną.

(*Sem. méd.* 1896. Nr. 21, p. 162)

W. J.

— A. J. DOWNES [Filadelfia] gorąco poleca na podstawie własnych spostrzeżeń stosowanie okładów lodowych na brzuch w tyfusie własnym brzuszny. Worek z lodem kładzie się na brzuch na 1½ godziny, poczem następuje ½ godzinna przerwa; po przerwie okład lodowy kładzie się na nowo na 1½ godz. i t. d..

(*Sem. méd.* 1896. Nr. 18).

A. Ch.

— DAUBER i BORST opisali przypadek rzeżączki, powikłanej ciężką posocznicą, której przyczyną okazało się na sekcyi zapalenie wsierdzia. Na zastawkach aorty znaleziono pasożyty drobnowidzowe, posiadające własność gonokoków, ale nieco odmiennie przedstawiające się w hodowlach. Sądzę, że ta pewna zmiana cha-

rakteru hodowli mogła zależeć od odmiennych warunków, w jakich się te gonokokki w ustroju chorego znajdowały.

(*Sem. méd. 1896. Nr. 22*)

W. J.

— BOUCHERON obserwował pewnego dyabetyka z kataraktą, który miał *lymphangioitis* na stopie i lydce. Bał się z niewiadomych pobudek operować podobnego chorego. Za radą MARMOR'a wstrzymał temu choremu 20 ctm. sześć. surowicy antystreptokokkowej i operację wyjęcia katarakty wykonał. Gojenie się rany było doskonale i wynik operacji dodatni. Autor sądzi, że szczepienie surowicy w innych przypadkach zakażenia paciorkowcami może też umożliwić swobodne operowanie u osobników, cierpiących na cukrzycę.

(*Sem. méd. 1896. Nr. 22*)

W. J.

— Prof. WAGNER na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego w Wiedniu wygłosił odczyt o chorobach umysłowych, powstających pod wpływem samozatrucia (*autointoxicatio*). Znany jest związek chorób zakaźnych [tyfus, zapalenie płuc i t. p.], jak również zaburzeń czynności przewodu kiszkowego z powstawaniem zapalenia nerwów (*polyneuritis*). Te same przyczyny mogą powodować i choroby umysłowe. JAKSCH w większości przypadków ostrych chorób umysłowych spostrzegł w moczu zwiększoną ilość acetonu. Badania zaś ostatnich czasów wykazują, że acetonurya zależną jest od zaburzeń w przewodzie pokarmowym, że można więc ją uważać za objaw samozatrucia ustroju produktami nieprawidłowej przemiany materii, które to właśnie oddziałują szkodliwie na układ nerwowy. Prof. WAGNER w całym szeregu ostrych chorób umysłowych spostrzegł acetonurę; niejednokrotnie znajdował także w moczu znaczne ilości indykanu. Acetonurya występuje i u tych chorych, którzy przez dłuższy przeciąg czasu odmawiali przyjmowania pokarmów. WAGNER sądzi, że i w tych przypadkach acetonurya zależną jest od patologicznych zmian w przewodzie pokarmowym, powstałych w następstwie głodzenia się. Z powyższego wynika, że przy leczeniu wszystkich podobnych przypadków główna uwaga powinna być zwróconą na czynności przewodu pokarmowego. Prof. WAGNER skonstatował, że kiedy przy odpowiednim leczeniu ilość nieprawidłowych składników moczu zmniejszała się, następowała jednocześnie poprawa stanu psychicznego. Po wyleczeniu acetonurya znikła zupełnie.

(*Wiener med. Wochenschr. 1896. Nr. 9*).

S. Dydyński.

— GIAXA wykazał, że z pomiędzy kilku gatunków pasożytów chorobotwórczych laseczniki tyfusowe oraz gronkowce ropotwórcze żyją w wodzie morskiej stosunkowo najdłużej, bo 9—10 dni. W przewodzie pokarmowym ostryg pasożyty te prędko wymierają, ale za to rosną szybko i bujnie w wodzie, pokrywającej je. To ostatnie było już kilka razy przez innych autorów stwierdzone, a LAVIS spostrzegł nawet w r. 1879 epidemię tyfusu w Neapolu, powstałą wskutek użycia ostryg, a mianowicie wskutek mnożenia się laseczników tyfusowych w wodzie, w której konserwowano ostrygi. Umierało prztem przez lat 6 [1879—1885] po 500 osób rocznie. Cyfra ta spadła do 200 dopiero po zaprowadzeniu pilnego przestrzegania, aby ostrygi przesyłane były w czystej wodzie.

(*C. f. B. Bd. 19. Nr. 6—7*).

W. J.

## DO PP. PRENUMERATORÓW.

Upraszamy o wczesne nadsyłanie przedpłaty za II-gie półrocze r. b., tych zaś Pp. Prenumeratorów, którzy zalegają z opłatą, upraszamy o rychle uregulowanie rachunków.

**Sprostowanie.** W N-rze 19 Gaz. Lek. w artykule D-ra GRODECKIEGO na str. 522 wiersz 24 od góry, zamiast + 26<sup>0</sup> + 38<sup>0</sup> C., powinno być: + 28<sup>0</sup> — 30<sup>0</sup> R..

Wydawca, D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny, D-r Wł. Gajkiewicz.

Добъ. Цъвурцю, Вѣщава, 10 Мар 1896 г. Друкъ К. Ковалевскаго, Варшава, Мазовицка 8.

# WODY MINERALNE NATURALNE

świeżego czerpania

poleca

6—2

## A P T E K A

# EDWARDA TREUTLERA

Nowy-Swiat Nr. 60, w Warszawie.

## I W O N I C Z

Zakład zdrojowo-kąpielowy i klimatyczny, 8—3

położony w procej podkarpackiej okolicy wśród lasów szpilkowych (410 m. nad poz. morza) poleca znane ze swej skuteczności **szczały słono-jodowe, kąpiele jodowe, borowinowe, zimne i zabiegi hydropatyczne**, oraz zakład gimnastyki leczniczej. Urządzenia wzorowe, wszelkie wygody, dobre restauracye, tanie wiktuwały, zdrowe czyste powietrze i wyborna woda źródłana do picia. Na sezon 1895 r. przybywa jeden dom mieszkalny o 44 pokojach. Nadto odno wiono gruntownie urządzenie łaźniek kl. I, rozszerzono znacznie oświetlenie elektryczne Zakładu i zakupiono zuowu wielką ilość nowych mebli i t. p. Lekarzem zdrojowym jest dr. Kl. Dębicki (Lwów, Piekarska Nr. 8)

Sezon trwa od 20-go maja do końca września. W czasie od 20 czerwea do 20 sierpnia nie przyznają się „uwolnienia od taksy zdrojowej, przed 20 czerwea i po 20 sierpnia ceny mieszkań są znacznie niższe.

Bezpośrednie połączenie kolejowe z Krakowem i Lwowem ze stacją Iwonicz. Poczta i telegraf w samym Zakładzie.— Broszury ze szczegółowym opisem, podawaniem wskazań leczniczych i cennikiem rozsyła oplatnie, tudzież wszelkie zgłoszenia załatwia Dyrekeya Zakładu zdrojowo-kąpielowego.

# Szczawnica

Zakład zdrojowo-kąpielowy i klimatyczny.

Najsilniejsze szczyawy sodowo-słone i żelaziste.

Kąpiele mineralne, zakład hydropatyczny, połączony z pensjonatem D-ra Kołęczkowskiego na Miedziusiu, kąpiele rzeczne i t. d. Zakład inhalacyjny, kuracya mleczna, żętyczna i kefirowa. Lekarz zakładowy D r Seiborowski i pięciu lekarzy zdrojowych udziela porady. Dojazd do st. kol Stary Sącz. Sezon od 20 maja. Zamówienia na mieszkania przyjmują zarządy zakładów „Górnego i na Miedziusiu.“

7—3

# Kąpiele Reinerz,

miejsca kuracyjne klimatyczne, łaśne, wysoko położone. — 568 nad poziom morza — w pięknej osłoniętej dolinie hrabstwa Glatz, ze źródłami alkaliczno-ziemnymi, bogatymi w kwas węglany i żelazo, posiada kąpiele mineralne, borowinowe i natryskowe, oraz wyborny zakład mleczny, serwatkowy i kefirowy. Wskazane dla poprawienia odżywiania, Otwarte od początku Maja. Stacja kolei żelaznej. Prospekty darmo.

# J. RUTKOWSKI

## Apteka i Pracownia Chemiczno-farmaceutyczna

w Warszawie, ulica Długa Nr. 16. Telefonu Nr. 155,

poleca:

Przetwory chemiczno-farmaceutyczne specjalnie **Ekstrakty łącznicze** (*Extracta fluida, spissa et sicca in vacuo paratae*), wyrabiane przez perkolację i wyparowanie w próżni.

**Nowe środki lekarskie** sprowadzane z pierwszych źródeł z chwilą pojawienia się w handlu.

**Odczynniki chemiczne** znanych fabryk C. T. F. Kahlbaum'a i E. Merck'a.

**Barwniki** Dra G. Grübera w Lipsku do badań mikroskopowych.

**Różne przyrządy pomocnicze** do robót mikroskopowych, jako to: szkiełka przedmiotowe i pokrywkowe, miseczki, flaszki, igły, szpadle, pincety i t. p.  
(dla aptek i szpitali ceny hurtowe). 26-7

## GLEICHENBERG

Sezon od 1-go Maja do Końca Września.

**Środki kuracyjne:** Źródło Konstantego, Źródło Emmy, mleko, serwatka, kefir, inhalacje sosnowe, rozpylania soli źródłowej, ciepłe kąpiele, kąpiele z kwasem węglanym, gabinet pneumatyczny, zakład hydropatyczny.

W 1000 częściach	Źródło Konstantego	Źródło Emmy
Węglanu sodu . . . . .	22.444	25.060
Chlorku sodu . . . . .	16.906	18.223
Węglanu litynu . . . . .	0.025	0 039
Węglanu magnezu . . . . .	4.482	4.215
Wolnego kwasu węglanego . . .	13.214	20.519

Objaśnienia i broszury wysła gratis i franco Dyrekcya Zakładu. 10-8

## D<sup>R</sup> S. ASTERBLUM

ordynuje jak dawniej w **Ciechocinku**. 0-1

## D<sup>R</sup> BUJAKOWSKI

stale ordynuje w **Druskienikach**. 6-2

### Schlesischer Obersalzbrunnen



# Obersalzbrunnen



pierwszorządne alkaliczne źródło, stosowane z powodzeniem od r. 1604.

Analizy i szczegółowe wiadomości o źródle wysła bezpłatnie pocztą:

Kantor transportowy książących mineralnych wód w Obersalzbrunnen.

**Furbach i Striboll**, Salzbrunn na Szląsku. Składy we wszystkich aptekach i magazynach aptekarskich. 10-3