

# GAZETA LEKARSKA.

## I. UWAGI KLINICZNE

### O KRZTUŚCU I JEGO POWIKŁANIACH.

Podał

**Alfons Malinowski,**  
starszy ordynator Warszawskiego Szpitala dla Dzieci.

— 1 —

Udział układu nerwowego, t. j. mózgu i nerwów obwodowych we wszystkich chorobach wewnętrznych dotychczas, jak sądzę, zbyt mało zwracał uwagę klinicystów, tak co do przebiegu danej choroby, jak i rokowania w rozmaitych jej okresach. A jednak nikt przy łóżku chorego nie zaprzeczy, że układ nerwowy w przebiegu każdej choroby udział przyjmuje i na ten przebieg ważny wpływ wywiera. Szczególniej odnosi się to do chorób zakaźnych, w których przebiegu wszelkie zboczenia w sprawności mózgu i nerwów tak ważny wpływ wywierają na rokowanie, leczenie i wyzdrowienie.

W żadnej może chorobie ten udział układu nerwowego tak wyraźnie nie występuje, jak w przebiegu koklusu. Dlatego też koklusz oddawna zaliczany był do grupy zaburzeń nerwowych, pomimo że jego zaraźliwość kazała przypuszczać, iż przyczyną jego musi być swoisty zarazek, który następnie odkryty został rzeczywiście. LETZERICH i TSCHAMMER znaleźli w płwocinach chorych i na błonach śluzowych dróg oddechowych zmarłych dzieci zarazek swoisty koklusu, który uważają za rodzaj grzybka. POULET nazwał go *bacterium lermo*. HENKE twierdzi, że składa się on z dwóch okrągłych komórek <sup>1)</sup>, mających 0,01 do 0,02 milimetra w średnicy i posiadających kilka jąder. Niekiedy znów przedstawia się w postaci maleńkich ciałek bez określonej formy, bardzo ruchliwych. Te ostatnie ciała znajdowano w fałdach błony śluzowej tchawicy, a nawet w wydechanem przez chorych powietrzu. TSCHAMMER otrzymał z nich hodowle.

Podrażnienie nerwów gardzieli i krtani przez wyżej wzmiankowane pasożyty lub przez produkty, wytworzone przez nie, wywołuje odruchowo napady

<sup>1)</sup> Jest więc podobnym pasożyt koklusu do pasożyta influenzy, może być nawet jego odmianą. Objaśniałoby nam to podobieństwo, a nawet tożsamość powikłań przy obu tych chorobach i kaszel, przychodzący peryodycznie po przebyciu influenzy, bardzo podobny do koklusu.



kaszlu, dające nam kliniczny obraz koklusz. Jeżeli znajdywanie pasożytów w tkankach i płwocinie chorych nadaje kokluszowi charakter choroby zakaźnej, co potwierdza łatwość przenoszenia jej z jednego dziecka na drugie i epidemiczne lub endemiczne występowanie, to napady kaszlu, zjawiające się w pewnych odstępach czasu, poprzedzane zwiastunami pod postacią łaskotania w gardle, nudności, bólu w okolicy mostka i t. p., nadają chorobie charakter *par excellence* nerwowy. Sam przebieg ze swym okresem wylegania, nasilenia i zwolnienia tym samym charakterem się odznacza. Jest to jakby powolne zatrucie, potęgujące się w miarę nagromadzenia w ustroju bodźców chorobotwórczych, które codziennie silniejsze wywołują odruchy. Następuje potem stopniowe znieczulenie nerwów na te bodźce, a jednocześnie, być może, znikają pasożyty w tkankach i ich wydzielinie.

Koklusz z powodu swego nerwowego charakteru podobny jest do kaszlu histeryczek, a jeszcze więcej do kaszlu po przebyciu influenzy, w formie t. zw. krtaniowej tej choroby, a podobieństwo jest tu tak wielkie, że często niemożliwym jest określić, czy mamy do czynienia z kokluszem, czy z następstwem influenzy. Zwykle jednak chorzy tak wyraźnie opisują nam przebytą chorobę przed niedawnym czasem, że możemy ją określić jako influencję. Niezachowanie przepisów higieny w okresie zdrowienia po krótkiej zwykle chorobie wywołuje u nich przewlekły nieżyt gardzieli i krtani, usposabiający do nerwowego kaszlu. Napady tego kaszlu są również silne, niekiedy połączone z wymiotami, lecz mniej częste, niż przy koklusz. Niekiedy występują tylko w nocy, lub po obudzeniu się; w innych razach noc i dzień są spokojne, a silny napad kaszlu przychodzi tylko raz na dzień po obiedzie.

W takich formach kaszlu nerwowego po influenzy wielkie usługi oddawał mi bromek potasu lub sodu do wewnątrz lub pod postacią płukań zalecany, a jednocześnie pędzlowania gardzieli roztworem sublimatu. Wprawdzie sublimat, podług autorów włoskich, ma nawet przy koklusz zmniejszać liczbę napadów przy stosowaniu pod postacią pędzlowań; doświadczenia jednak w moim oddziale przeprowadzone z mej inicyatywy przez kol. DYTŁA w roku 1895—1896 nie doprowadziły do zbyt pomyślnych wyników <sup>1)</sup>.

Od dawnych czasów pozostało do dziś dnia błędne mniemanie, że koklusz, jak i inne zakaźne choroby, a szczególnie wysypki ostre, jest chorobą właściwą wiekowi dziecięcemu, że przebyty raz nie powtarza się, że nie dotyka osób dorosłych. Pogląd ten fałszywy jest ze względu profilaktyki i higieny wielce szkodliwym, jak również mniemanie, że ssawcy i noworodki nie podlegają chorobom zakaźnym, a zatem i kokluszowi. Tylko obfity materiał, jaki spotykają lekarze pedyatry w wielkich miastach i w ambulatoriach szpitalnych, może nam dostarczyć danych statystycznych do obalenia tych fałszywych poglądów. Przekonywamy się wtedy, że koklusz dotyka wprawdzie najczęściej dzieci od 2—6 roku, mniej często dzieci od 6—12 roku, lecz nie jest tak rzadkim, jak ogólnie sądzi publiczność i lekarze u dzieci w pierwszym

---

<sup>1)</sup> E. DYTŁ. przyczynek do leczenia koklusz. Kr. Lek. 1896.



roku życia, ani też u osób dorosłych, zwłaszcza matek i nianiek, będących w styczności z chorem dziećmi.

W 1881 roku leczyłem 30-letnią matkę trojga dzieci, obywatelkę z okolic Grójca, która z trojgiem swych dzieci przeżyła szczęśliwie w mowie będącą chorobę.

Najmłodsze dziecko liczyło wtedy 14 miesięcy. Od tego czasu spotykałem kilkakrotnie koklusz u osób dorosłych i u dzieci, liczących zaledwie parę tygodni życia. DEZCROISILLES twierdzi, że matki, dotknięte kokluszem, często zarażają noworodki tą chorobą. Moje spostrzeżenia dowodzą, że matka od dziecka, które karmi, równie zarazić się może.

O leczeniu koklusu znajdujemy wiele prac w naszej literaturze, pomimo to jednak jesteśmy po dawnemu bezsilni wobec tej choroby. Zmiana mieszkania, wyjazd na wieś, przy odpowiednich warunkach higienicznych, mogą do pewnego stopnia złagodzić i skrócić przebieg choroby. Zaznaczam jednak, że wysyłanie dzieci, zwłaszcza w pierwszych latach życia, na przechadzkę w porze zimowej, jesiennej lub wiosennej, bez względu na pogodę i stan dróg oddechowych, bardzo bywa szkodliwe, gdyż naraża na powikłania bardzo poważne, bo grożące życiu chorego. Nawet lekarze bywają tak nieogłędni, że pozwalają swym dzieciom bywać w ogrodach miejskich wtedy, gdy kokluszowi towarzyszy już niezbyt oskrzeli. Ruch, zmęczenie i przebywanie wśród tłumów i tumanów pyłu wywołują tu często ciężkie zapalenie płuc, których uniknęliby chorzy pozostawieni w spokoju i nie narażeni na ciągłe przekrwienie dróg oddechowych, spowodowane ruchem i wdychaniem chłodnego i przepelnionego pyłem powietrza.

Odsyłając czytelnika do prac innych autorów o leczeniu koklusu, w pracy niniejszej pragnę tylko zwrócić uwagę na ważniejsze i cięższe powikłania tej choroby u dzieci, oraz choroby następce. Rzeczywiście gdyby nie te powikłania, koklusz byłby chorobą dosyć łagodną, nigdy niebezpieczną, wymagającą tylko cierpliwości, zachowania przepisów higienicznych, a w razie potrzeby użycia środków łagodzących, któreby tylko często zmieniać należało. Tak bywa w większości przypadków, w których skutek leczenia bywa dosyć pomyślny, przy zmianie miejsca pobytu i przy częstej zmianie środków ogólnie znanych i używanych.

Zależnie jednak od charakteru epidemii od t. zw. „*genius epidemicus*“, którego wpływ widzimy przy wielu innych chorobach u dzieci, zależnie od pory roku i warunków, w jakich się znajduje chory, dotknięty kokluszem, spotykamy w przebiegu choroby liczne i ciężkie powikłania, od których zależy rokowanie i leczenie. Na powstawanie tych powikłań wielki wpływ wywiera ogólny stan dziecka przed chorobą, obciążenie dziedziczne syfilisem utajonym, zółzami, lub gruźlicze usposobienie, i z tymi warunkami zawsze liczyć się należy; dalej wielkość czaszki i stan układu nerwowego dziecka, skłonność do drgawek, zarośnięcie wczesne ciemienia, grubość kości czaszki, małogłowie wrodzone, wodogłowie wrodzone lub nabyte.



Wprawdzie są to wszystkie stany patologiczne, które mają niewątpliwie wpływ na przebieg innych chorób ostrych lub przewlekłych, ale wpływ ten nigdzie tak widocznym i tak ważnym nie bywa, jak przy kokluszu.

Już w okresie wylegania niektóre dzieci miewają napady kurczu głośni (*laryngismus stridulus*). Po kilku takich napadach zaczyna się okres nieżytywy kokluszu, a w dalszych okresach napady spazmu głośni powtarzają się często, grożąc życiu chorego. Wszystkie więc dzieci, cierpiące na spazm głośni, należy troskliwie leczyć i strzedz od zarażenia kokluszem. Leczenie naturalnie winno być ogólne, skierowane przeciw krzywicy, wodogłowiu i t. p., a jednocześnie łagodzące same napady kurczu głośni przez podniesienie sprawności układu nerwowego. Ten ostatni cel osiągamy za pomocą chininy i piżma. Piżmo szczególniej dobroczynny wpływ wywiera na układ nerwowy dziecka, a własności te dotąd nie były należycie ocenione. Nie wtedy należy się uciekać do tego środka, gdy wszelkie inne wymówią nam swoje usługi, lecz wtedy, gdy ustrój jeszcze jest zdolny do oddziaływania na bodźce podniecające, gdy nerwy nie zostały wyczerpane lub znarkotyzowane przez inne środki do tego stopnia, że nawet to *ultimum remedium* już ich podniecić nie może.

Powikłania kokluszu stosownie do udziału narządów, ulegających chorobie, można podzielić na następujące grupy.

1) Powikłania ze strony narządów oddechowych, a mianowicie:

Nieżyt gardła, krtani, tchawicy i oskrzeli, zapalenie płuc nieżytowe ostre i przewlekłe, rozedma płuc, zapalenie opłucnej, odma piersiowa z następczą rozedmą podskórną i śródpiersia.

Nieżyt nosa [z następczem zapaleniem ucha środkowego].

Gruźlica płuc, opłucnej.

Krwotoki z nosa. Krwotoki płucne.

2) Powikłania ze strony układu nerwowego. Tu należą:

Kurcz głośni, drgawki, wodogłowie ostre lub podostre, nakoniec zapalenie gruczlike opon mózgowych, zapalenie krwotoczne opon. *Enuresis*.

3) Ze strony przewodu pokarmowego.

Nieżyt żołądka i kiszek, szczególniej u małych dzieci; przepukliny, szczególniej pępkowa.

4) Nakoniec powikłania, dalszy związek z kokluszem mające, jak: zapalenie nerek, moczówka cukrowa, wreszcie charłactwo ogólne z następczą ogólną lub miejscową gruźlicą.

Pomijamy inne powikłania mniejszej wagi, jak: krwawienie z uszu, podbiegnięcia krwawe gałki ocznej, jako częściej spotykane i nie przedstawiające niebezpieczeństw.

Przystępujemy teraz do rozbioru ważności klinicznej powikłań grupy pierwszej, a mianowicie:

### I. Powikłania ze strony narządów oddechowych.

Nieżyt gardła jest pierwszym objawem kokluszu i towarzyszy stale chorobie w dalszym jej przebiegu. U dzieci starszych nie ma on wielkiego znaczenia u dzieci w 1—2 roku życia ciągle przekrwienie gardzieli usposabia



do przekrwień mózgu i jego opon, a przez to do drgawek; oprócz tego nieżyt gardła u dzieci małych wywołuje gorączkę niekiedy bardzo wysoką, a przy rozszerzeniu się na jamę ustną i jamy nosowe staje się uciążliwym i poważnym cierpieniem. Dzieci wtedy tracą łaknienie, ssawcy nie chcą lub nie mogą ssać, co przy ciągłym ślinieniu i wypływie z nosa źle wpływa na ogólne odżywianie. Tworzą się wtedy owrzodzenia w jamie ustnej, na dziąsłach, podniebieniu, wargach, języku, które przeszkadzają w przyjmowaniu pokarmu i wpływają na podniesienie ciepłoty ciała po za granice normalne.

Przy leczeniu przeto należałoby zalecić drobiazgową czystość jamy ustnej, częste płukania lub przemywania ust zwłaszcza u ssawców i dzieci sztucznie karmionych. Przy pojawieniu się owrzodzeń w jamie ustnej wielkie mi usługi oddaje *tr. myrrhae*, *tr. ratanhae*, *sp. cochleariae*, w rozcieńczeniu wodnym 1 na 50 części do płukań lub pędzlowań. Płukania takie ograniczają ślinienie i w krótkim czasie goją owrzodzenia jamy ustnej. Wszelkie „miodki“ boraksowe lub inne uważam za niestosowne, natomiast zabraniam dzieciom zbyt słodkich pokarmów i napojów i zalecam wewnątrz płyny alkaliczne.

Nieżyt nosa wymaga niekiedy interwencji lekarskiej, szczególnie przy silnem obrzmieniu błony śluzowej nosa, utrudniającem oddechanie i przy owrzodzeniach. Leczenie opiera się tu na ogólnych prawidłach rynologii, które u dzieci z trudnością mogą mieć zastosowanie.

U dzieci zolizowatych nieżyt nosa w ciągu całego przebiegu koklusuza dosięga wysokiego natężenia i sprowadza przerost błony śluzowej, zwężenie kanałów nosowych.

Umiejscowienie nieżyty w tylnej części nosa i w jamie nosogardzielowej jest jeszcze bardziej uciążliwe dla chorych, z jednej strony z powodu utrudnienia oddechania, z drugiej—z powodu obfitej wydzieliny śluzu, który, spływając po tylnej ścianie gardzieli, wywołuje nieustanne podrażnienie błony śluzowej gardła i krtani, a tem samem jest przyczyną częstych i silnych napadów kaszlu <sup>1)</sup>.

Sąsiedztwo trąbki EUSTACHIUSZA sprzyja w tych razach powikłaniom ze strony uszu. Rozwijają się w następstwie nieżyt trąbek EUSTACHIUSZA, a nawet ropne zapalenie ucha środkowego.

Takie nieżyty noso-gardzielowe pozostają po ustaniu koklusuza przez czas dłuższy i przechodzą w formę przewlekłą, wymagającą dłuższego leczenia, tak miejscowego, jak i ogólnego. Dlatego to w przebiegu koklusuza należy na nie zwracać baczną uwagę, zalecając czystość jamy nosowej i gardzielowej i ograniczając zbyt obfitą wydzielinę za pomocą przepłukiwań lub pędzlowań ściągających. Dzieci do pędzlowań gardła szybko się przyzwyczają-

<sup>1)</sup> Przed kilkoma laty kol. Z. DOBROWOLSKI badał w oddziale kokluszowym Szpitala dla dzieci u kilkudziesięciu chorych jamę noso-gardzielową i krtani, a badania te potwierdziły istnienie upartych nieżytów z przerostem błony śluzowej w tylnej części nosa i jamie noso-gardzielowej. Obfite wydzielanie śluzu bywa w tych razach zawsze bodźcem, wywołującym częste napady kaszlu.



jają i przenoszą je nad przestrzykiwanie. Przytem pędzlowanie gardła można umiejscowić do widocznej części błony śluzowej, przestrzykiwania zaś często przy nieumiejętnem lub silnem manipulowaniu mogą wywołać podrażnienie trąbek EUSTACHIUSZA, lub nawet ucha środkowego.

Równie uparte nieżyty jamy noso-gardzielowej spostrzegałem po influenzy. Wydzielina śluzowo-ropna jest tu także bardzo obfita, a kaszel przychodzi napadami i trwa bardzo długo.

U dzieci wszelkie płukania nosa i gardła trudno bardzo zastosować. Dzieci małe nie umieją płukać, starsze płuczą niedbale. Przepłukiwania nosa i jamy noso-gardzielowej za pomocą irygatora lub szprycy wywołują obawę i tylko przez lekarza mogą być robione.

Najchętniej zawsze zalecam pędzlowania gardła, które lubo dosięgają widocznych części gardzieli, zawsze jednak wpływają na zmniejszenie wydzieliny i czynią błonę śluzową mniej czułą.

Nieżyty noso-gardzielowe zwykle wiodą za sobą nieżyt krtani i tchawicy.

Powstawanie tych powikłań zależy, jak mówiłem, od wrażliwości błon śluzowych, której podstawą są skrofule i syfalis dziedziczny. Są to nieżyty natury przerostowej od początku skłonne do przewlekłego przebiegu. Leczenie nieżytów nosa u dzieci jest uciążliwe w przebiegu koklusu.

Możnaby tu zastosować jedynie wkraplania płynów leczniczych za pomocą kroplomierza i wprowadzania pewnych maści lub płynów na tamponikach z waty.

Wszelkie szprycowania *par force*, zwłaszcza nieumiejętną ręką dokonane, są bolesne i szkodliwe ze względu na możliwe podrażnienie trąbki EUSTACHIUSZA i ucha środkowego.

Nieżyt krtani (*Laryngitis*) i tchawicy niekiedy zjawia się jako zwiastun koklusu, to znów w jego dalszym przebiegu. Lubi poprzedzać mającą się dołączyć odrę i wtedy dochodzi do takiego stopnia napięcia, że potrzeba uciekać się do tracheotomii. Na szczęście jest to rzadkie powikłanie, właściwe tylko pewnym epidemiom, lecz spotykałem je nawet u dzieci starszych.

Nieżyt krtani i tchawicy przewlekły często się spotyka, szczególnie u dzieci obarczonych syfilisem dziedzicznym, u żółzowatych. Dzieci tej kategorii odznaczają się wrodzoną wrażliwością błony śluzowej krtani i tchawicy, mają duże migdały i grubą błonę śluzową gardzieli, a często podlegając nieżytom grubszych dróg oddechowych, od urodzenia często kaszlą, a kanał ich ma oddźwięk isticie krupowy. Trwa to zwykle przez pierwsze 3—4 lata życia i przy odpowiedniemu leczeniu ustępuje. Zaniedbany ten stan przechodzi w przewlekły i może zostać na całe życie. Wyradza się z tego niezwykła skłonność do chorób dróg oddechowych, nie ustępująca żadnym środkom leczniczym.

Jest rzeczą jasną, że dzieci tej kategorii odznaczają się szczególną skłonnością do ciężkich nieżytów oskrzeli i zapaleń płuc w przebiegu koklusu. Powiększona wydzielina błon śluzowych przy niedostatecznym opróżnieniu



oskrzeli ciężarem swoim sływa do cienkich oskrzeli i pęcherzyków płucnych, wywołując zapalenie płuc, na które w pracy naszej szczególną chcemy zwrócić uwagę.

Powstawanie w przebiegu koklusz zapaleń oskrzeli i płuc zależy prócz tego od pory roku i warunków higienicznych. Dzieci zdrowych rodzin, dobrze odżywiane, nie obciążone dziedzicznie i chowane w dobrych warunkach higienicznych, przebywają koklusz lekko, w ciągu 6—8 tygodni, bez powikłań ze strony oskrzeli i płuc i bez chorób następczych. Nawet wiek zbyt młody [1 lub 2 rok życia] nie wpływa źle na przebieg choroby i powstawanie powikłań.

Nieżyty oskrzeli zwłaszcza drobnych często potrzebują interwencji lekarskiej lub zmiany dotychczasowego leczenia. Wszelkie narkotyki wtedy powinny być wstrzymane, gdyż nagromadzenie śluzu w oskrzelach, powodując niedostateczne oddechanie, znieczula pobudzalność nerwów oskrzelowych do tego stopnia, że napady kaszlu stają się mniej częste i niedostateczne do opróżnienia dróg oddechowych od nagromadzonego śluzu. Naturalnie dziecko wtedy ma oddech krótki, tętno staje się drobnem, częstem, rozwija się sinica, obrzęk płuc, obrzęk mózgu, senność i drgawki. W tych razach uważam za wskazanie silne środki podniecające i wykrztuśne, z wyjątkiem ulubionego u nas winka emetykowego. Wino emetykowe szybko wywołuje upadek sił, biegunkę lub wymioty. Nawet *ipecacuanha*, jako środek nudzący, jest przeciwwskazaną i nie dość silną do wywołania kaszlu. Natomiast dobrze działa senega w połączeniu ze środkiem silnie podniecającym krążenie i układ nerwowy, więc z kamforą lub piżmem. Ponieważ jednak senega niekiedy wywołuje wymioty, co u dzieci małych może być niepożądanem, należy więc w pierwszych latach życia używać niezbyt silnych odwarów i odstawiać środek, gdy po kilku łyżeczkach kaszel dostatecznie oskrzela ze śluzu opróżni. Przechodzimy wtedy do samych środków podniecających, używając ich, dopóki są wskazane.

Zachodzi często pytanie: czy użycie środków wymiotnych dla opróżnienia oskrzeli przy koklusz jest wskazanie, czy nie? O ile z własnego doświadczenia sądzić mogę, zdarza się to wyjątkowo rzadko. Za to przeciwwskazania są częste, a mianowicie: radziłbym unikać środków wymiotnych w czasie koklusz u dzieci w pierwszym roku życia, przy sinicy i poczynającym się obrzęku płuc, przy wyraźnych objawach obrzęku mózgu, a szczególnie u dzieci skłonnych do drgawek, spazmu głośni, u dzieci, które do wywołania wymiotów potrzebują częstych dawek środka wymiotnego [np. do 10 łyżeczek winka emetykowego], gdyż wtedy upadek sił prędzej nastąpi, aniżeli wymioty; nakoniec u dzieci, które zbyt są skłonne do wymiot, gdyż niekiedy trudno jest powstrzymać raz wywołane wymioty.

Środki wymiotne uważam za przeciwwskazane przy istniejącej biegunce, lub w porze letniej w czasie panujących biegunek. Kilka bowiem wypróżnień płunych pogarsza znacznie stan ogólny i powiększa upadek sił i źle wpływa na krążenie krwi, wywołując obrzęk mózgu.



Ze środków zewnętrznych, na skórę działających, wyłączyłbym bańki cięte również często stosowane u nas, gdyż utrata choćby niewielkiej ilości krwi przy charłactwie kokluszowem tylko szkodę dziecku przynosi. Wszelkie natomiast krótko lecz silnie działające środki, jak: bańki suche, gorczyczniki, a nawet przyszczydła byle nie wielkie, okazać się mogą skutecznymi.

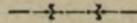
W miarę polepszenia się stanu ogólnego, skoro napady kaszlu staną się uciążliwsze, możemy wtedy używać znanych narkotyków, szczególniejszej tlenku cynku, nie zaniebując jednak środków silnie pobudzających, i nie zwlekając z ich użyciem do chwili, gdy już one działać nie mogą.

Gorączka, towarzysząca nieżyłtom oskrzeli przy kokluszu, nie powinna nas zniewalać do użycia środków przeciwgorączkowych, choćby nawet dosięgała wyższych granic. O znaczeniu gorączki pomówimy poniżej, zaznaczając tymczasem, że środki przeciwgorączkowe uważamy za przeciwwskazane, gdyż działają one przygnębiająco na układ nerwowy i czynność serca. Umiejętne leczenie nieżyłtom oskrzelowych stanowi jednocześnie profilaktykę zapalenia płuc. [D. c. n.]

## II. SYFILIS DZIEDZICZNY, JAKO PRZYCZYNA CHORÓB NERWOWYCH.

Opracował

**Konstanty Stróżewski.**



[Dokończenie.—Patrz Nr. 27].

**Spostrzeżenie XXXIV-te.** DECLERCQ i MASSON spostrzegali na klinice prof. LELOIR'a przypadek syfilisu dziedzicznego, przebiegający z objawami zapalenia opon mózgowych. Matka dziecka dostała w 7-ym miesiącu ciąży szankra twardego, następnie wysypkę syfilityczną; dziecko urodziło się donośzone, słabe, blade z wysypką syfilityczną i gumatem na szczęce dolnej. W szpitalu stosowano w ciągu 3 tygodni swoiste leczenie dziecka i matce, poczem oboje wyszły ze szpitala bez objawów syfilitycznych. Po 10 dniach powracają do szpitala: dziecko wychudłe, nie jada, wymiotuje często, ciągle śpiące, od czasu do czasu główkę wykręca z prawej strony w lewą; tętno powolne; nocą dziecko wydaje krzyki; po 3 dniach umiera, nie obudziwszy się. Badanie pośmiertne wykryło: opona miękka silnie nacieczona w miejscach, pokrywających ogniska rozmiękczenia; ogniska te, wielkości złotówki, znajdują się na dolnej powierzchni lewej półkuli [2 i 3 zawój skroniowy], na wewnętrznej powierzchni półkuli prawej i na spoidle wielkiem (*corpus callosum*); w mózdzku ognisko rozmiękczenia w prawej połowie i 3 ogniska w lewej; pod drobnowidzem wykryto zmiany charakterystyczne dla syfilisu w kółku tętniczym WIL-LIS'a.

**Spostrzeżenie XXXV-te.** OPPENHEIM (53) przytacza następujący przypadek syfilisu dziedzicznego, przebiegający pod postacią zapalenia opon mózgo-



wych: 4-letnie dziecko rodzi 6w chorych na syfilis, samo z objawami syfilisu na sk6rze, leży z g66wk6, 6ci6gni6t6 w tył przez silnie napr6żone mi6śnie karku; silny b66l g66wy, wymioty, oslabienie sluchu, 6lepota, zaburzenia mowy, p66lykania i oddechania, przyspieszenie t66tna, nieprawid66we bicie serca, napr6żenie ko6nczyn. Dobry skutek leczenia swoistego.

**Spostrzeżenie XXXVI-te.** Bardzo interesuj6cy przypadek syfilisu dziedzicznego m66zgu, kt66ry bardzo 6atwo m66gi by6 rozpoznany, jako *poliencephalitis acuta infantilis*, spostrzeż6ł BIERFREUND (54). Rodzice chorej zarażeni s66 od 4 lat syfilisem, matka 2 razy ronila, 3-cie dziecko żyje, mia6o zaraz po urodzeniu objawy syfilisu; 4-tem dzieckiem jest 3½-rocza dziewczynka, kt66ra w 4 tygodnie po urodzeniu i kilka razy potem mia6a wysypki syfilityczne; w 1-ym roku jej życia wyst66pi6o przej6ciowe porażenie prawych ko6nczyn i prawego nerwu twarzowego; dziewczynka dopiero w 3-cim roku życia nauczy6a si66 chodzi6. W 3½ roku życia nagle wyst66pi6o nowe porażenie z utrat66 przytomno6ci, wymiotami, drgawkami; powoli powsta6o znaczne przykurczenie lewej r66ki i cokolwiek mniejsze w obu nogach; zaburze6n czuciowych wyraźnych nie by6o. Śmier6 nast66pi6a wskutek dyfterytu, kt66ry przy66czy6 si66 do poprzedniego cierpienia. Badanie po6miertne wykry6o: wielkie ogniska rozmi6kczenia w korze i bialej substancji lewej p666kuli; sklerotyczny zanik kory w prawej p666kuli; wodog66wie wewn6trzne; zgrubienie t66tnic m66zgowych. Pod drobnowidzem t66tnice m66zgowe przedstawia6y charakterystyczny dla syfilisu obraz, opisany przez HEUBNER'a. Opona mi66kka w stanie przewlek6ego zapalenia. W rdzeniu wt66rne zwyrodnienie p66czk6w bocznych.

#### F. Wylew krwi do m66zgu.

Wylewy krwi do m66zgu, jak przy nabytym syfilisie, tak i przy dziedzicznym należą do rzadko6ci. Duży wylew krwi do kom66r m66zgowych znalaz6ł VIRCHOW u dziecka, zarażonego dziedzicznym syfilisem i zmar6ego wkr66tce po urodzeniu.

**Spostrzeżenie XXXVII-me.** Gowens spostrzeż6ł nast66puj6cy przypadek: u ch66pca, obci6żonego dziedzicznym syfilisem, w 8-ym roku życia wyst66pi6y przej6ciowe objawy ze strony m66zgu, w 12-ym za6 roku nagle wylew krwi z przerwaniem do komory m66zgowej, bocznej, stwierdzony na sekcji. Badanie wykry6o charakterystyczne dla syfilisu zmiany w t66tnicach m66zgowych.

## II. Cierpienia m66zgo-rdzeniowe.

W bardzo wielu przypadkach cierpie6n m66zgowych wskutek syfilisu dziedzicznego znajdujemy na sekcji zmiany anatomo-patologiczne pierwotne lub zwyrodnienia wt66rne w rdzeniu, kt66re za życia nie dawa6y żadnych objaw6w, tak, że pod wzgl66dem anatomo-patologicznym cierpienia m66zgordzeniowe należą do nacz66stszycch, lecz pod wzgl66dem klinicznym spotykaj6 si66 o wiele rzadziej, aniżeli wy66cznie m66zgowe.

W dotychczas spostrzeganych, a zarazem badaniem po6miertnym stwierdzonych przypadkach syfilisu m66zgo-rdzeniowego dziedzicznego, prawie wy-



łącznie miano do czynienia ze sprawą rozlaną, dotykającą jednocześnie naczy-  
nia krwionośne, opony i substancję nerwową.

**Spostrzeżenie XXXVIII-me** SIEMERLING'a (55). Ojciec chorego dziecka prze-  
chodził syfilis, matka zdrowa, raz roniła, dwoje dzieci zmarło wkrótce po uro-  
dzeniu, troje żyje, z tych jedno choruje na bóle i zawroty głowy, drugie zdro-  
we, trzecia—pacjentka, mająca teraz 12 lat. W 4-tym roku życia chora mia-  
ła napad apoplektyczny z porażeniem prawostronnem i utratą mowy; objawy  
te poprawiły się w ciągu 8 tygodni, tylko ręka długi czas była słaba. W 6-ym  
roku osłabienie wzroku wskutek rozpoczynającego się zaniku nerwów wzroko-  
wych, prócz tego bezład wszystkich kończyn. W 11-ym roku zupełna ślepotą,  
w 12-ym roku: wymioty, bóle i zawroty głowy, napady drgawek epileptycznych  
z utratą przytomności co kilka dni, osłabienie kończyn dolnych i ogólne, osła-  
bienie słuchu, które szybko pogarszało się aż do zupełnego zagłuchnięcia,  
wielka hydrocefaliczna głowa, zaburzenia ze strony tętna, przejściowe opa-  
dnięcie prawej górnej powieki, niedowład prawego nerwu twarzowego. Wszys-  
tkie te objawy trwały przez przeciąg 5 miesięcy, poczem nastąpiła śmierć.  
Badanie pośmiertne wykryło: 1) wodogłowie wewnętrzne; 2) na podsta-  
wie mózgu niezwykle wielkie nowotworzenie gumatyczne, obejmujące wszys-  
tkie znajdujące się tam części mózgu i nerwy; punktem wyjścia dla tego nowo-  
tworzenia była opona miękka, nowotworzenie owo uciskało naokoło nerwy,  
powodując tym sposobem ich zwyrodnienie; 3) naczynia krwionośne wyka-  
zywały charakterystyczne dla syfilisu zmiany; 4) wzdłuż całego rdzenia sil-  
ny, gumatyczny rozrost opony miękkiej z zajęciem substancji rdzenia, prawie  
wyłącznie białej, klinowate rozrosty od opony miękkiej wnikały do rdzenia;  
zanik włókien nerwowych częściowo wskutek ucisku; największe zmiany były  
w pęczkach tylnych; 5) naczynia opony miękkiej i substancji białej rdzenia  
przedstawiały charakterystyczne zmiany.

**Spostrzeżenie XXXIX-te.** Interesującym jest spostrzeżenie BOETTIGER-  
a (56) z kliniki prof. HIRZIG'a nie tylko ze względu na przebieg kliniczny  
i zmiany anatomo-patologiczne, lecz i z tego względu, że autor rozpoznał w da-  
nym przypadku *meningo-myelitis chron. syphilitica hereditaria gummosa*, nie ma-  
jąc ani wywiadów, ani oznak syfilisu dziedzicznego, opierając się jednocześnie  
na przebiegu klinicznym i na zmianach anatomo-patologicznych. Badanie po-  
śmiertne samo przez się często nie może dać pewnych dowodów dla różniczo-  
wego rozpoznania między syfilisem a gruźlicą w przypadku nieznalesienia la-  
seczników gruźliczych. 8 letnie dziecko nagle zachorowało na silne objawy uci-  
sku mózgu, potem wystąpiły: przejściowy zez, wielokrotne napady utraty przy-  
tomności, prawie całkowita ślepotą i głuchota. Tak chorowało w ciągu 8 mie-  
sięcy, poczem wstąpiło do kliniki, w której zmarło po 6-miesięcznym tam po-  
bycie, podczas którego spostrzegano następujące objawy: brodawka zastoinowa  
z rozpoczynającym się zanikiem nerwów wzrokowych; szeroko rozszerzone  
źrenice, słabo oddziaływające na światło; nierówne, to przyspieszone, to zwol-  
nione tętno; brak smaku na słodkie; nasilające się nocą bóle głowy; osłabienie  
kończyn dolnych bez wyraźnych porażen; w ciągu 14 dni bardzo bolesna sztywność  
karku; w ciągu 2½ miesiąca drgawki w oddzielnych kończynach i poło-



wiczne z charakterem epilepsji korowej bez określonego umiejscowienia; brak odruchu kolanowego z prawej strony, osłabienie z lewej; w ciągu 2 miesięcy napady silnych bólów w nogach; w ostatnich tygodniach wystąpiły objawy spastyczne, nareszcie trwale przykurczenia bardziej w kończynach dolnych, niż górnych; porażenie nerwu błędnego i śmierć. W sferze czuciowej i inteligencji nie można było wykryć wyraźnych zaburzeń. Gorączki nigdy nie spostrzegano; wyraźna była częsta zmiana w napięciu wszystkich podmiotowych i przedmiotowych zaburzeń. Dodać należy jeszcze, że dziecko to miała niedorozwój mięśni brzucha, zresztą było normalnie rozwinięte fizycznie i umysłowo. Badanie pośmiertne wykryło: niezarośnięcie szwów kostnych; eksostoza kości ciemieniowej; zanik większy części śródkościa (*diploë*); opona miękka wszędzie zrosnięta z korą mózgową; wodogłowie wewnętrzne; zapalenie ependymy; zamknięcie 4 ej komory mózgowej wskutek zrosnięcia z jej dnem narośli dolnego robaka mózdzku; bardzo silnie wyrażone *meningomyelitis spinalis*, szczególnie wyrażone na tylnobocznych pęczkach; powiększenie objętości rdzenia od 0,8 ctm. do 4 ctm.; przedewszystkiem zapalenie opony miękkiej, głównie na tylnym obwodzie rdzenia, przyczem wychodzą z niej klinowate rozrosty do tylnych i tylnobocznych pęczków rdzenia, niszczące tkankę nerwową; rozlane nacieczenie we wszystkich częściach białej substancji, a jeszcze bardziej szarej. Żadnych zmian syfilitycznych w narządach wewnętrznych.

**Spostrzeżenie XL-te.** Buss (57) spostrzegał następujący przypadek na klinice w Göttingen: chłopiec w 6-ym miesiącu swego życia zachorował; z początku zjawiły się wymioty, potem porażenie wszystkich kończyn z przykurczeniami; prócz tego brak jakichkolwiek oznak umysłowego rozwoju. Śmierć w 2½ roku życia. Badanie pośmiertne wykryło: mózg twardy; bardzo mało substancji białej, w zakrętach tylko cienkie jej pasma. W rdzeniu szare zwyrodnienie bocznych pęczków. Pod drobnowidzem w wysokim stopniu brak cienkich włókien nerwowych w mózgu i nieznaczny zanik wielkich komór w przednich rogach. Prócz tego syfilityczne zmiany w kościach rurkowatych i żebrach.

**Spostrzeżenie XLI-sze.** MONEY (58) opisał historię choroby dziewczynki, obciążonej syfilisem dziedzicznym, która do 2 lat była inteligentną, mówiła i chodziła dobrze; potem zaś w ciągu 1½ roku wystąpiły u niej: napady drgawek, napad apoplektyczny, objawy ogólnej sztywności, wreszcie śmierć. Badanie pośmiertne wykryło: zanik lewej półkuli mózgu, zmiany charakterystyczne w tętnicach podstawowych (*art. basilares*); rdzeń twardy, a wzdłuż rdzenia rozlane stwardnienie.

**Spostrzeżenie XLII-gie.** Interesujący przypadek zapalenia opon mózgo-rdzeniowych wskutek syfilisu dziedzicznego spostrzegali klinicznie HUTCHINSON i JACKSON (59). 18-letni chłopiec, wyglądający na 14—15 lat, przed miesiącem poczuł drętwienie w palcach rąk, potem nóg, 5 nareszcie stracił całkowicie czucie we wszystkich 4 kończynach; przedtem miał, w ciągu 8—10 dni bóle głowy. Przy badaniu znaleziono: zupełne porażenie kończyn górnych; ruchy kończynami dolnymi bardzo ograniczone; chory nie może stać, ani sie-



dzień; czucie zupełnie zniesione na rękach i pr zedramionach, osłabione na kończynach dolnych; niedowład 6-ej pary nerwów czaszkowych; porażenie pęcherza i odbytnicy; głuchota od kilku lat; osłabienie wzroku, od kiedy chory może sobie przypomnieć. Resztki zapalenia rogówki i tęczówki; zęby charakterystyczne dla syfilisu dziedzicznego. Leczenie swoiste w ciągu 4½ miesięcy; stopniowa poprawa wszystkich objawów, nawet słuchu i wzroku.

### III. Cierpenia rdzenia.

Te cierpenia o wiele rzadziej spotykamy, aniżeli cierpenia mózgowie, szczególnie, jeśli weźmiemy pod uwagę to, że etyologia wielu cierpień rdzenia dotychczas jest ciemną. Jedni za przyczynę niektórych cierpień rdzenia uważają syfilis czy to nabyty, czy dziedziczny, inni zaś syfilisowi przypisują rolę podrzędną lub też żadną w etyologii tych cierpień. Do najpewniejszych i najłatwiej stwierdzić się dających przez pośmiertne badanie cierpień rdzenia, powstałych wskutek syfilisu dziedzicznego, należą porażenia kończyn wskutek zapalenia opon i substancji nerwowej t. z. *meningomyelitis*, i porażenia wskutek ucisku na mlecz przez gumaty.

#### A. Porażenia kończyn wskutek ucisku na mlecz.

**Spostrzeżenie XLIII-cie.** FOURNIER opisuje następujący przypadek ucisku mlecza: u dziecka z objawami syfilisu dziedzicznego w 7 roku życia powstaje osłabienie kończyn dolnych; potem następuje całkowite ich porażenie ruchowe. Przy badaniu znaleziono w okolicy grzbietowej kręgosłupa obrzmienie kilku kręgów w formie *gibbositas*. Pod wpływem swoistego leczenia wszystkie objawy chorobowe zniknęły.

**Spostrzeżenie LXIV-te.** BARTELS, cytowany przez FOURNIER'a, spostrzegł nader interesujący przypadek ucisku mlecza przez gumat: 22-letnia kobieta, niezawodnie obciążona syfilisem dziedzicznym, od wielu lat miewała objawy syfilisu na skórze, błonach śluzowych i kościach; objawy te niejednokrotnie ustępowały leczeniu swoistemu i znowu zjawiały się. W 19 roku jej życia stopniowo zaczęło rozwijać się porażenie najpierwej kończyn dolnych, potem i górnych. Po stosowaniu leczenia swoistego w ciągu kilku miesięcy nastąpiło wyleczenie. Po pewnym czasie znowu porażenie wszystkich kończyn z zachowaniem czucia; prócz tego porażenie zwieraczy pęcherza i kiszki prostej, odleżyny na kości krzyżowej i łopatkach. W ciągu roku stosowanie leczenia swoistego i powolne wyleczenie zupełne. W kilka miesięcy potem ogólne objawy syfilisu [gumaty, wysypki], osłabienie i wreszcie śmierć. Badanie pośmiertne wykryło: między podstawą mózgu a pierwszym kręgiem rozpadający się gumat, uciskający rdzeń, lewa połowa rdzenia przedłużonego spłaszczona; prócz tego liczne syfilityczne zmiany w innych narządach.

**Spostrzeżenie XLV-te.** Prof. LASCHKEWITZ (60) z Charkowa opisał następujący przypadek: 13-letnia dziewczyna, obciążona syfilisem dziedzicznym, wskutek hyperostozy 2-go szyjowego kręgu przedstawiała objawy porażenia wszystkich kończyn z osłabieniem czucia. Pod wpływem swoistego leczenia wyleczenie w ciągu 2 miesięcy.



### B. Porażenia spastyczne.

Znaną jest forma porażień spastycznych, opisana przez **ERB-CHARCOT'a**. Otóż za przyczynę tego cierpienia bardzo często uważanym jest syfilis nabyty. Niezawodnie i dziedziczny syfilis może być przyczyną omawianego cierpienia. Jako przykład pozwolę sobie przytoczyć następujące przypadki.

**Spostrzeżenie XLVI-te** **FRIEDMANN'a**, cytowane przez **GASNE'a**: u dziecka, obciążonego syfilisem dziedzicznym, w 18 roku życia powstaje skrzywienie kręgosłupa, w części szyjowej i jednocześnie porażenie spastyczne w kończynach dolnych. W rok zupełne wyleczenie. W 7-ym roku znowu porażenie spastyczne kończyn dolnych z porażeniem pęcherza; wyleczenie w rok. W 10 roku 3-ci raz porażenie i zupełne wyleczenie w ciągu 11 miesięcy pod wpływem leczenia swoistego. Nie było żadnych zaburzeń mózgowych.

**Spostrzeżenie XLVII-me**—**FOURNIER'a**: ojciec chorego dziecka ma objawy syfilisu, matka nie ma żadnych objawów syfilitycznych, dwoje dzieci z objawami syfilisu na skórze, młodsze z nich przedstawia następujący przebieg syfilisu dziedzicznego: w pierwszych tygodniach swego życia wysypki na skórze, potem przewlekłe cierpienie ucha i nosa; późno zaczęło mówić; potem napady drgawek epileptycznych, na czole 2 boczne guzy. W 3½ roku bez żadnej widocznej przyczyny osłabienie kończyn dolnych, wkrótce potem zupełne ich porażenie spastyczne; czucie i zwieracze w porządku. Pod wpływem leczenia swoistego nastąpiło wyleczenie.

### C. Choroba Little'a.

Choroba **LITTLE'a**, jak wiadomo, charakteryzuje się następującymi objawami: porażenie spastyczne wrodzone czterech kończyn, bardziej wyrażone w kończynach dolnych, właściwe dzieciom urodzonym przedwcześnie. Etiologia powyższego cierpienia dotychczas jeszcze jest ciemną. **RAYMOND** twierdzi, iż przedwczesny i ciężki poród, podawany zwykle za przyczynę syndromu **LITTLE'a**, uważać należy tylko za okoliczności, pośród których rozwija się to cierpienie, przyczyny zaś są inne. Pomiędzy przyczynami niezawodnie syfilis dziedziczny odgrywa wybitną rolę. Na syfilis dziedziczny, jako moment etyologiczny w chorobie **LITTLE'a**, zwrócili uwagę **FOURNIER** i **GILLES DE LA TOURETTE**. **P. MARIE** spostrzegał przypadki choroby **LITTLE'a** u osobników obciążonych syfilisem dziedzicznym. Na dowód, iż syfilis dziedziczny może być przyczyną omawianego cierpienia, przytoczę następujące spostrzeżenia z literatury.

**Spostrzeżenie XLVIII-me**. Ciekawy przypadek choroby **LITTLE'a** przy prawidłowej ciąży i porodzie spostrzegał **BROCA** na klinice prof. **LANNELONGUE'a**. Cytuje go **GASNE**. 8½-letnie dziecko z mało rozwiniętą inteligencją, przedstawia klasyczny obraz choroby **LITTLE'a**. Dziecko to urodziło się w swoim czasie po prawidłowej ciąży; poród był łatwy bez kleszczy; dziecko urodziło się bez sinicy. Matka dziecka nie miała oznak syfilisu, odbyła 4 porody, z których: 1-szy martwy płód, 2-gi pacjent, 3-ci i 4-ty zdrowe dzieci. Ojciec dziecka miał wrzód twardy z objawami syfilisu na 4 lata przed ożenieniem.



FOURNIER i GILLES DE LA TOURETTE (61) podali opis dwóch przypadków omawianego cierpienia niezawodnie pochodzenia syfilitycznego.

**Spostrzeżenie XLIX-te.** 4-letnie dziecko urodziło się w 6 $\frac{1}{2}$  miesiącu ciąży. Matka po urodzeniu tego dziecka raz ronila w 4-ym miesiącu, następnie urodziła dziecko, które miało wrzód na szyi i umarło w 3 roku życia, następnie nowe poronienie w 5 $\frac{1}{2}$  miesiącu ciąży. Ojciec dziecka z pewnością przechodził syfilis. Dziecko od urodzenia miało porażenie wszystkich 4 kończyn, w 12—14-ym miesiącu życia kończyny górne zaczęły się poprawiać i stopniowo stały się prawie prawidłowe, będąc cokolwiek sztywne. W tym samym czasie dziecko zaczęło cokolwiek unosić nogi nad pościelą, lecz zjawiała się sztywność i drżenie w kończynach dolnych. Do 4-go roku życia dziecko nie mogło zupełnie chodzić, nogi miało w pozycji typowej dla choroby LITTLE'a. Dziecko inteligentne, ma liczne oznaki syfilisu dziedzicznego. Zastosowano leczenie swoiste i zrobiono tenotomię ścięgna ACHILLESA. Po roku dziecko mogło chodzić w pozycji stojącej, trzymając się za meble; sztywność zmniejszyła się.

**Spostrzeżenie L-te.** Dziewczynka 11-miesięczna; ojciec jej na 3 lata przed ożenieniem przechodził syfilis; pierwsze dziecko, urodzone w swoim czasie, chorowało na zupełnie taką samą chorobę, co i pacjentka, umarło w 17-ym miesiącu życia, nie umiejąc jeszcze chodzić. Pacjentka urodziła się w swoim czasie, przedstawia się jako dobrze zbudowane i inteligentne dziecko, nie może równo utrzymać główki; kończyny górne niezgrabne, dolne sztywne. Sfera czuciowa w porządku.

#### D. Stwardnienie rozsiane (*sclerosis disseminata*).

W etyologii cierpienia pomiędzy innymi przyczynami znajduje się syfilis nabyty. Teoretycznie sądząc, można przypuszczać, że i syfilis dziedziczny również może powodować powstanie rozsianego stwardnienia ośrodków nerwowych. MONCORVO (62) ogłosił kilka przypadków powyższego cierpienia, za przyczynę których podaje syfilis dziedziczny, bez badań pośmiertnych. HADDEN wspomina o stwardnieniu rozsianem u 8-letniego chłopca, którego brat cierpi na typowy syfilis dziedziczny. W 2 innych przypadkach rozsianego stwardnienia HADDEN miał wielkie podejrzenie na syfilis dziedziczny. TAYLOR (63) spostrzegł 14-miesięczne dziecko z licznymi objawami syfilisu dziedzicznego na skórze i błonach śluzowych, u którego to dziecka wystąpiło bieganie oczu (*nystagmus*). Dowodów przekonywających, iż rozsiane stwardnienie wystąpiło wskutek syfilisu dziedzicznego, dotychczas nie posiadamy, można niezawodnie przypuszczać, że w dotychczas ogłoszonych spostrzeżeniach cierpienie rozwinęło się z innych przyczyn u osobników, dotkniętych syfilisem dziedzicznym.

**Spostrzeżenie LI-sze.** JACOBSON (64) spostrzegł przypadek rozsianego stwardnienia, stwierdzony pośmiertnym badaniem, u 10-letniego dziecka, dotkniętego syfilisem dziedzicznym. U dziecka tego w 4-ym roku życia wystąpił ból głowy, gorączka i niedowład połowiczny, lewostronny z nieznacznym osłabieniem czucia na lewym ramieniu; prócz tego lewa żrenica szersza była od prawej. Po zastosowaniu leczenia swoistego wszystkie objawy przeszły,



prócz różnicy w szerokości źrenic. W obu rękach istniały stale mimowolne ruchy [roszerzanie i wyciąganie palców], nie zwiększające się przy zamierzonych ruchach. Chłopiec rozwijał się i uczył dobrze. W 9-ym roku życia zachorował na zapalenie rogówki mięszkowe, najpierw lewego oka, potem prawego; następnie zjawiała się żółtaczka, chłopiec przestał mówić, ciągle jęczał, od czasu do czasu dławilo go bez wymiotów, ciepota  $36^{\circ}$ — $36,8^{\circ}$ , ogólny niepokój, wreszcie śmierć. Badanie pośmiertne wykryło: opona miękka silnie przekrwiona, miejscami zgrubiała, zrosnięta z mózgiem i mózdzkiem; w mózgu znajdowały się liczne, szare, stwardniałe miejsca wielkości ziarnka konopi do orzecha laskowego, największe ognisko leżało w 3-cim prawym czołowym zakręcie. Pod drobnowidzem w sklerotycznych ogniskach znaleziono silny rozrost tkanki łącznej naokoło naczyń i pasma rozrośniętej neuroglii. Prócz tego zapalenie wątroby, śledziony.

### E. Wiądrzenia.

Stosunek wiądu rdzeniowego do syfilisu nabytego, jak wiadomo, różnie bywa sądzony przez autorów: jedni uważają syfilis za wyłączną przyczynę wiądu, inni jako jedną z licznych przyczyn, inni wreszcie przypisują nieznaną, a nawet żadną rolę syfilisowi w powstawaniu wiądu. Nie wchodząc na tem miejscu w bliższy rozbiór kwestyi etyologii wiądu rdzeniowego, zaznaczą tylko, że spotykamy przypadki wiądu rdzeniowego, rozwijające się w młodzieńczym wieku u osobników, dotkniętych syfilisem dziedzicznym. MENDEL, który opisał kilka podobnych przypadków, zwraca uwagę na szczególny charakter takiego wiądu, mianowicie, bardzo wczesnie występuje zanik nerwów wzrokowych, a bezwład rozwija się dość powolnie.

FOURNIER, który syfilis uważa za przyczynę wiądu rdzeniowego, opisał 4 przypadki wiądu wskutek syfilisu dziedzicznego.

**Spostrzeżenie LII-e** FOURNIER'a: 18 letni chłopiec z silnie rozwiniętym bezwładem kończyn; pierwsze objawy wiądu istniały już przed kilku laty. Z objawów syfilisu dziedzicznego znaleziono: 1) liczne blizny w okolicy łądźwio-pośladkowej, 2) typowe zmiany na zębach, 3) zanik jąder.

W innych przypadkach FOURNIER'a prócz objawów syfilisu dziedzicznego na skórze, zębach i oczach wywiady stwierdziły u matek liczne poronienia, a u ojców syfilis nabyty.

GOWERS (65) podał 2 przypadki wiądu rdzeniowego w młodzieńczym wieku u osób, obarczonych syfilisem dziedzicznym.

**Spostrzeżenie LIII-cie** GOWERS'a. Przypadek ten dotyczył chłopca, który jako niemowlę i później w dzieciństwie miał liczne objawy dziedzicznego syfilisu; następnie chorował na niedowład połowiczny i zapalenie naczyńiówki. W 16-ym roku życia była już wyraźna niepewność w chodzeniu; w 17-ym roku wyraźne objawy wiądu rdzeniowego.

Drugi przypadek GOWERS'a dotyczył 15-letniej dziewczyny z wyraźnymi objawami wiądu rdzeniowego i wielu oznakami dziedzicznego syfilisu.

MENDEL (66) opisał 2 następujące przypadki wiądu rdzeniowego wskutek syfilisu dziedzicznego.



**Spostrzeżenie LIV-te MENDEL'a:** 22-letnia dziewczyna, której oboje rodzice chorowali na syfilis, w 10-ym roku życia miała *enuresis nocturna*, następnie wystąpiło podwójne widzenie, umiarkowany zanik nerwów wzrokowych, uczucie opasywania, zaburzenia czucia, osłabienie odruchów kolanowych. W 12-ym roku zupełna ślepotą, bezwład kończyn dolnych, potem i górnych; następnie zupełne porażenie kończyn dolnych. Zaburzeń inteligencji nie było żadnych.

**Spostrzeżenie LV-te MENDEL'a:** 21-letni mężczyzna, którego rodzice przechodzili syfilis, miał w dzieciństwie objawy syfilisu dziedzicznego. W 11-ym roku życia wystąpiło osłabienie wzroku, które w ciągu paru lat doprowadziło do zupełnej ślepoty wskutek zaniku nerwów wzrokowych. Od 2 lat bóle ciągnące, brak odruchów kolanowych i zaburzenia w sferze czuciowej.

B. REMAK (67) z kliniki prof. HIRSCHBERG'a opisał 3 przypadki władu rdzeniowego, z których w 1-szym i 3-im syfilis dziedziczny był niezawodnym, w 2-im zaś bardzo prawdopodobnym.

**Spostrzeżenie LVI-te REMAK'a:** 12 letnia dziewczynka, której rodzice przechodzili syfilis, matka 4 razy ronita, następnie urodziła 3 dzieci żywych, które zmarły wkrótce po urodzeniu, była zdrowa do 9-go roku życia, wtedy wystąpiło bezwiedne oddawanie nocą moczu, potem porażenie zwieraczy, częściowy zanik nerwów wzrokowych i inne objawy władu rdzeniowego, rozpoznane przez prof. MENDEL'a

**Spostrzeżenie LVII-te REMAK'a:** chłopiec lat 14; rodzice utrzymują, że nie chorowali na syfilis; brat starszy miał po urodzeniu podejrzałą wysypkę, obecnie zdrów, drugie dziecko przyszło na świat w 8 miesiącu i zmarło wkrótce, 3-cie dziecko pacjent; 4-te urodziło się martwe; 5-te żyje zdrowe. Chłopiec ów ma częściowy zanik nerwów wzrokowych i inne objawy władu rdzenia.

**Spostrzeżenie LVIII-te REMAK'a:** 16-letni chłopiec, którego ojciec przechodził na pewno syfilis i ma pierwszy okres władu, po urodzeniu chorował na nieżyt i wysypkę na całym ciele; od 3 lat ma częściowy zanik nerwów wzrokowych i inne objawy władu, rozpoznane przez prof. MENDEL'a

#### E. Zapalenie przednich rogów rdzenia (*polyomyelitis*).

Przypadek zapalenia przednich rogów rdzenia wskutek syfilisu dziedzicznego spostrzegł prof. RAYMOND (68).

**Spostrzeżenie LiX-te.** 9-letnia dziewczynka; ojciec jej przechodził syfilis i umarł wskutek gumatu w mózgu, matka ma wyraźne objawy syfilisu od lat 10; rozwój owej dziewczynki opóźniony; zęby typowe HUTCHINSON'a; eksostoza goleni, obrzmienie gruczołów chłonnych. W pierwszych miesiącach życia dziecko to miało wysypkę, która pozostawiła blizny w okolicy łądźwiowo-podławkowej; następnie chorowała na *enuresis nocturna*. Nagle bez żadnej widocznej przyczyny zjawilo się mrowienie w prawej górnej kończynie, porażenie wiotkie i następnie zaniki mięśniowe [różnica 2—3 ctm.] w owej kończynie z odczynem zwyrodnienia.



#### IV. Cierpienia nerwów obwodowych.

##### Porażenie wrzekome.

Porażenia wrzekome oddzielnych kończyn, a niekiedy wszystkich kończyn, spotykamy dość często u noworodków, obciążonych dziedzicznym syfilisem. Przyczyna powstawania owych wrzekomych porażen różnie bywa tłumaczoną przez różnych autorów. Jedni przypisują przyczynę zaburzeniom mięśniowym lub nerwowym, inni zaś przeszkodom mechanicznym, jakie stawia ruchom przerwa w ciągłości kości.

BEDNAR (69) na 68 przypadków syfilisu dziedzicznego w 16 spostrzegł osłabienie kończyn górnych, w 1-y m przypadku osłabienie kończyn dolnych i w dwóch przypadkach wszystkich kończyn. Osłabienie to objaśnia cierpieniem odpowiednich mięśni. HENOCH (70) zgadza się w zupełności z WEGNER'em (71), który przeprowadził wiele poszukiwań anatomo-patologicznych u noworodków i młodych dzieci, dotkniętych dziedzicznym syfilisem i prawie zawsze znajdował na kościach długich na miejscu przejścia trzonu kości w nasadę sprawę chorobową, polegającą na niezmiernym rozroście komórek chrząstkowych i na opóźnionem skostnieniu już zwapniałej substancji. Unaczynienie kości ma być przy tem niedostateczne, wskutek czego komórki ulegają zwyrodnieniu tłuszczowemu i sprawa może dojść do zupełnego oddzielenia trzonu od nasady kości. Sprawę tę szczególnie często spotykamy na dolnym końcu kości udowej, goleni, przedramienia i żeber. Spostrzeżenia WALDEYER'a i KOEBNER'a (72) potwierdzają wnioski WEGNER'a. Pod względem klinicznym sprawa ta tylko w niewielkiej ilości przypadków może wywołać widoczne objawy, jak: obrzmienie, ból i brak ruchów. HENOCH opisał kilkanaście przypadków syfilisu dziedzicznego u dzieci, u których oprócz objawów ze strony skóry i błon śluzowych spostrzegł utrudnioną ruchliwość lub zupełne porażenie kończyn górnych, a niekiedy wszystkich 4 kończyn; w niektórych z tych przypadków jednocześnie istniało obrzmienie nasady kości długich. REUTER (73), opierając się na dwóch spostrzeżeniach, przyszedł do wniosku, iż najprawdopodobniejszą przyczyną porażen wrzekomych u syfilitycznych dzieci bywa ucisk i podrażnienie nerwów obwodowych przez gumaty, lub też wskutek zapalenia okostnej, obrzmienia nasady kości i dziur międzykręgowych. Cierpienie to najczęściej rozwija się w pierwszych tygodniach po urodzeniu, bywa jednakże i wrodzonym.

**Spostrzeżenie LX-te** HENOCH'a. 12-tygodniowe dziecko z objawami syfilitycznymi na skórze i błonach śluzowych i z obrzmieniem obu dolnych nasad promieniowej i łokciowej kości; niemożność zupełna poruszania kończynami górnymi.

**Spostrzeżenie LXI-sze** HENOCH'a 3-miesięczne dziecko; obrzmienie nasad kości we wszystkich kończynach; zupełny brak ruchów w kończynach górnych i utrudnienie ruchów w kończynach dolnych. Po zastosowaniu leczenia swojego już po 6 dniach poprawa ruchów i zmniejszanie się obrzmienia nasad kości.

**Spostrzeżenie LXII-gie** HENOCH'a. 6-tygodniowe dziecko z objawami syfilisu na skórze i błonach śluzowych; obie kończyny górne leżą wiotkie bez



ruchu, zaledwie nieznaczne ruchy palcami; żadnego obciążenia kości. Po leczeniu swoistem ruchy powróciły.

**Spostrzeżenie LXIII-cie** REUTER'a. F. H. 20-dniowe dziecko, rodzice jego cierpią na syfilis, ono samo ma liczne gumaty. Porażenie wiotkie kończyn górnych i spastyczne przykurczenia kończyn dolnych; zgrubienie nasad kości: ramieniowej, łokciowej, goleniowej i strzałkowej. Po 2-miesięcznem, swoistem leczeniu zupełne wyleczenie.

**Spostrzeżenie LXIV-te** REUTER'a. Dziecko urodziło się z porażeniem prawej górnej kończyny; zgrubienie dolnego końca prawej kości ramieniowej i górnego końca prawej promieniowej kości. Po swoistem leczeniu zgrubienia i porażenie zniknęły.

**Spostrzeżenie LXV-te** DOUCAS DÉMÉTRIADES'a (74). Dziecko rodziców, zarażonych syfilisem, w 4 dni po urodzeniu nie mogło poruszać prawem ramieniem; palce prawej ręki były tak silnie zgięte, że musiano w celach ochronnych włożyć watę w prawą dłoń; każde dotknięcie do prawego ramienia było bardzo bolesne. W ciągu 3 miesięcy wystąpiły liczne objawy syfilityczne i jednocześnie porażenie lewego ramienia i bolesność na ucisk w okolicy stawu ramieniowego. W 4 miesiące po urodzeniu były następujące objawy: porażenie obojga ramion, więcej prawego; palce prawej ręki zgięte; mięśnie ramienia bardzo wiotkie i miękkie; noga prawa w pozycji *pes valgus*, ruchy w niej bardzo słabe i nieznaczne. Czucie widocznie nienaruszone. Wysypki na skórze, głębokie owrzodzenia na międzykroczu, charłactwo, rozwolnienie, brak snu. Po zastosowaniu w ciągu 10 tygodni swoistego leczenia wyzdrowienie; pozostało niewielkie osłabienie prawego ramienia.

## V. Porażenia nerwów okoruchowych.

Ponieważ często przy porażeniach nerwów okoruchowych trudno osądzić bez badania pośmiertnego, czy mamy do czynienia z porażeniem obwodowem, czy ośrodkowem, przeto cierpienia owe zaliczyłem do oddzielnej grupy. W dotychczas opisanych przypadkach porażen nerwów okoruchowych, wskutek syfilisu dziedzicznego, najczęściej miłośno do czynienia z porażeniem kilku nerwów jednocześnie; porażenia oddzielnych nerwów należą do rzadkości.

**Spostrzeżenie LXVI-te.** ZAPPERT (75) przedstawił w Tow. Lek. Wied. 5-letnią dziewczynkę z porażeniem lewego nerwu okoruchowego wskutek syfilisu dziedzicznego. Dziecko owo przed kilku miesiącami zachorowało na ból głowy i wymioty i przestało nagle otwierać lewe oko; po 14 dniach znikły inne objawy z wyjątkiem porażenia. Badanie wykryło objawy zupełnego porażenia lewego nerwu okoruchowego wspólnego. Wywiady wykazały, iż dziecko chorowało wkrótce po urodzeniu na liczne objawy syfilisu dziedzicznego i odpowiednio było wtedy leczone. Po zastosowaniu i tym razem swoistego leczenia porażenie ustąpiło zupełnie.

**Spostrzeżenie LXVII-e.** NETTLESHIP (76) podał opis 14-letniej dziewczynki, której ojciec przechodził syfilis; chora ta w 6-ym roku swego życia miała zapalenie rogówki miększowe, które pozostawiło zmętnienie na prawem oku. Z innych objawów stwierdzono: nieznaczna głuchotę, zęby charakterystyczne,



guzy czołowe wydatne, nos zapadnięty, próchnienie kości nosowej, przedziurawienie przegrody nosowej. W 10 ym roku życia powstało znieczulenie prawej górnej części twarzy; z mięśni okoruchowych były zupełnie porażone następujące: prosty zewnętrzny i prosty górny; osłabione: prosty dolny, prosty wewnętrzny i unoszący powiekę górną.

**Spostrzeżenie LXVIII-e.** GAŁĘZOWSKI (77) opisał następujący przypadek syfilisu dziedzicznego.

U dziecka 12-letniego wystąpiły silne bóle głowy w okolicy skroniowej i gałki ocznej z lewej strony; potem wypuklenie lewej ocznej gałki i podwójne widzenie. Przy badaniu autor znalazł: znaczne wypuklenie lewej gałki ocznej, opadnięcie powieki górnej lewej, zez rozbieżny, podwójne widzenie porażenie wszystkich mięśni lewego oka, które zaledwie się porusza; bólu przy ucisku na oko niema. Ojciec dziecka zaraził się syfilisem przed ożenieniem i obecnie ma objawy syfilityczne. Po leczeniu swoistem w ciągu 2½ miesiąca zupełne wyzdrowienie.

**Spostrzeżenie LXIX-te.** Ciekawy przypadek porażen okoruchowych ze względu na rozpoznanie właściwego cierpienia podaje LÉPINE (78). Przypadek ten dotyczył kobiety 32-letniej, która jako 1½-roczone dziecko cierpiała na liczne ropienia, które powtarzały się do 10 roku życia i pozostawiły liczne blizny. W 20-ym roku życia wyszła za mąż; poronień nie było, dopiero w 25-ym roku urodziło się pierwsze dziecko zdrowe, następnie 2 dzieci, które w miesiąc po urodzeniu zmarły. Chora cierpiała na częste migreny. Od 2 miesięcy silny ból głowy i odpadnięcie prawej powieki; potem wystąpiło utrudnienie mowy, nudności, wymioty, rozszerzenie lewej źrenicy, ślepotą; zanik prawej połowy języka i zupełne porażenie lewego nerwu okoruchowego wspólnego. Szybka poprawa od leczenia swoistego. Autor rozpoznanie syfilisu dziedzicznego w danym przypadku zasadzał głównie na gwiazdzistych bliznach na pośladkach.

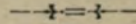
### L e c z e n i e.

Na zakończenie chciałbym powiedzieć słów parę o leczeniu cierpień układu nerwowego, powstających wskutek syfilisu dziedzicznego. Analogicznie do cierpień nerwowych wskutek nabytego syfilisu i przy cierpieniach syfilisu dziedzicznego należy, o ile możności, najwcześniej i najenergiczniej przeprowadzić swoiste leczenie. Wyniki tego leczenia bywają różnorodne. W wielu przypadkach leczenie swoiste przynosi wielką korzyść, nawet zupełne wyzdrowienie. Niejednokrotnie w trudnych przypadkach właściwe rozpoznanie cierpienia bywa stwierdzonem przez wyniki dodatnie leczenia swoistego. Lecz, niestety, niezawsze tak bywa: spostrzegamy dość często przypadki, w których nawet energiczne leczenie swoiste żadnego dodatniego wpływu nie wywiera; bywają przypadki niewątpliwego syfilisu, stwierdzonego pośmiertnem badaniem, w których pomimo leczenia swoistego występują coraz to nowe objawy, sprawa posuwa się naprzód, powodując nareszcie śmierć. Najlepsze wyniki leczenia otrzymujemy przy gumatach w początkach ich tworzenia się i przy nieznacznych nacieczeniach syfilitycznych, gdyż twory te uledz mo-



gą zupełnemu wessaniu bez pozostawienia blizn. Sprawy zaś takie, jak skrzepy krwi w zmienionych naczyniach, stare gumaty, silne nacieczenia, wszystkie t. z. parasyfilityczne cierpienia, dają nikły lub ujemny rezultat przy leczeniu.

## L I T E R A T U R A.



- 1) GRÜNFELD. Hereditäre Syphilis. EULENBURG's Real-Encycl. — 2) P. et É. DIDAY. Syphilis congénitale. Diction. cyclop. des Sciences Med. — 3) ERLENMEYER. Klin. Beitrag zur Lehre von der congen. Syphilis und ueber ihre Zusammenziehung mit einigen Gehirn- und Nervenkrankheiten. Arch. f. klin. Med. Bd. XXI. — 4) Document sur l'héréditaire syphilis. Société franç. de dermat. et de syphilogr. Sem. Méd. 1891. p. 125 — 5) KASSOWITZ. Ueber Vererbung und Uebertragung der Syphilis. Jahrb. f. Kind. Bd. XXI. — 6) RANKE. cyt. przez BEHREND'a. Berl. klin. Woch. 1881. Nr. 8. — 7) ETIENNE. Héréditaire syphilis à la deuxième génération. Ann. de dermat. et de syph. 1894. p. 302 — 8) POLLACK. Einige Bemerkungen ueber die Syphilis der Kinder. Wien. Med. W. 1889. — 9) WOLFF. Ueber Syphilis heredit. tarda. Volk. Sam. kl. Vort. Nr. 273. 1886. ref. SCHMIDT's Jahr. 1886. — 10) FOURNIER. Syphilis héréditaire tardive. Paris. 1894. — 11) FAUCHARD. Le chirurgien dentiste 1728. cyt. przez LEWIN'a w dyskus. nad odczytem SILEX'a. — 12) MAHON. Histoire de la med. clin. des mal. syph. des enf. nouveaunés. 1804. cyt. przez LEWIN'a. — 13) HIRSCHBERG. Dyskusya nad odczytem SILEX'a w Tow. Lek. Berl. 5. II. 1896. Berl. klin. W. 1896. — 14) SILEX. Pathognomonische Kennzeichen der congenitolen Lues. Berl. klin. Woch. 1896. Nr. 7—8. 15) DALBY. The Lancet. 10. II. 1877. — 16) LEWIN. Posiedz. Tow. Lek. Berl. z dnia 5. II. 1896 r. Berl. kl. Woch. 1896. — 17) FOURNIER. Les familles hérédosyphilitiques. Gaz. des Hôpit. 1892. — 18) GRÜNFELD. Syphilis. EULENBURG's Real-Encycl. — 19) MONTI. Rhachitis. EULENBURG's Real-Encycl. — 20) DOWSE. Med. Society of London. The Lancet. 9. II. 1878. — 21) BURY. Brain. 1883. cyt. u FURNIER'a. — 22) MENDEL. Ueber heredit. Syphilis in ihrer Einwirkung auf Entwicklung. von Geisteskrankheiten. Arch. f. Psych. 1868. — 23) JACKSON. The Brit. Med. Journ. 1872. — 24) GANSHOFNER. Weitere Mittheil. über cerebr. spat. Lähmungen im Kindesalter. Zeit. f. Heilkunde, 1896. ref. W. SCHMIDT's Jahr. 1897. — 25) ALTHAUS. The Brit. Med. Journ. 1892. — 26) BARLOW. The Brit. Med. Journ. 1892. — 27) LEES. The Brit. Med. Journ. 1892. — 28) HADDEN. Congenital Syphilis as a cause of nervous diseases in children. Brit. Med. Journ. 1892. — 29) FRANKE. Cerebrale Kinderlähmung auf. syphil. Grundlage. Deut. Med. Woch. 1895. Nr. 52. — 30) VANDERVELDE. Syphilis hérédit. tardive. Journ. de med., chir. et pharm. Nr. 5. 1893. cyt. u FRANKENBERG'o. — 31) CHIAHI. Hochgradige Endarteritis luetica an den Hirnarterien eines 15-monatlichen Mädchen bei sicher konst. Luesheredit. Wien. Med. Woch. 1881. — 32) BROADBENT. Syphilitic affections of the nervous system. The Lancet. 21. II. 1874. — 33) MARFAN. Hémiplegie chez une enfant hérédosyphilitique. Ann. de dermat. et. syph. 1887. — 34) LEVY-DORN. Sprawozd. z posiedz. Tow. Lek. Berl. z dnia 11. V. 1896. — 35) SUCKLING. Hemiplegia from inherited Syphilis. The Brit. Med. Journ. 1889. — 36) GANZINOTTI et ETIENNE. Hérédosyphilis maligne ultratardive. ref. VIRCHOW's Jahr. 1894. — 37) GERHARDT. Handbuch der Kinderkrankheiten, 1880. — 38) HUBNER. Nachtrag des Handbuch der Kinderkrankheiten, GERHARDT's. 1896. — 39) RIPOLLA. Accidents tardifs de la syphilis héréditaire. Rev. méd. de Toulouse. 1880. cyt. u FOURNIER'a. — 40) ALTHAUS. The med. Times. 1874. cyt. u FOURNIER'a. — 41) MONEY. The Brit. Med. Journ. 1889. — 42) DECLERQ et MASSON. Contribution à l'étude de la syphilis cérébrale chez l'enfant hérédosyphilitique. Ann. de dermat. et syph. 1885. 2. ser. VI. — 43) R. FISCHL. Corticale Epilepsie congenitalis syphilit. Ursprungs. Zeit für Heilk. 1890. ref. SCHMIDT's Jahr. 1891. — 44) BAERENSPRUNG. Die hereditäre Syphilis 1864 cyt. u HELLER'a i L. l'ASTROS'a. — 45) SANDOZ. Contribution à l'étude de l'hydrocephalie dans la syphilis héréditaire. Rev. méd. de la Suisse Rom. 1886. cyt. u L. d'ASTROS'a. — 46) LEON d'ASTROS. L'hydrocephalie hérédosyphilitique. Rev. mens. des mal de l'enfance. 1891. — 47) ELSNER. Hydrocephalus und angeborene Syphilis. Jahrb. f. Kinderh. 1896. — 48) HAUSHALTER. et TRUZY. Etude sur l'hydrocephalie. Revue de Médecine 1897. Nr. 8. — 49) HELLER. Ein Fall von chronisch. Hydrocephalus bei heredit. Syphilis. Deut. med. Woch. 1892. Nr. 26. — 50) FOURNIER. Les affections parasyphilitiques. Paris. 1894. — 51) HELLER. Weitere Mittheilungen ueber einen Fall von chronischen Hydrocephalus bei hereditärer Syphilis. Deut. Med. Woch. 1898. Nr. 5. — 52) HUBNER. Pachymeningitis haemorrhagica bei hereditärer Syphilis. VIRCHOW's Archiv. Bd. 81. — 53) OPPENHEIM. Die syphilitischen Erkrankungen des Gehirns. 1896. — 54) BIERFRED. Beiträge zur hereditären Syphilis des Centralnervensystems. Beitr. z. path. Anat. und allg. Path. v. ZIEGLER 1883. III. 4. ref. SCHMIDT's Jahr. 1889. — 55) SIEMERLING. Zur Lehre von der congenitalen Hirn- und Rückenmarksyphilis. Arch. f. Psych. Bd. XX. — 56) BOETTIGER. Ueber einen Fall hereditärsyphilit. Erkrank. des Centralnervensystems. Arch. f. Psych. Bd. XXVI. — 57) BÜSS. Ueber einen Fall von diffus. Hirnarteriose mit Erkrank. des Rückenmarks bei einer hereditärsyphilitischen Kinde. Berl. klin. W. 1887. — 58) MONEY. Brain 1884. cyt. u GASNE'a. — 59) HUTCHINSON and JACKSON. The med. Times and Gaz. 1861. cyt. u GASNE'a. — 60) LASCHKEWITZ. Arch. f. Dermat. und Syphil. 1878. cyt. u FOURNIER'a. — 61) FOURNIER et GILLES de la TOURETTE. La notion etiologique



de l'hérédo-syphilis dans la maladie de Little. Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière 1895. — 62) MONCORVO. Contribution à l'étude de la sclérose mult. chez les enfant. Paris. 1884. cyt. u Fournier'a. — 63) TAYLOR. The Brit. Med. Journ. 17. XII. 1892. — 64) JACOBSON. Sclerosis disseminata bei hereditärsyph. Kinde. ref. Neurol. Ctbl. 1895. Nr. 16. — 65) GOWERS Syphilis und Nervensystem. Berlin. 1893. — 66) MENDEL. Die hereditäre Syphilis in ihrer Bezieh. z. Entw. von Krankheiten des Nervensystems. Festschrift gewid. LEWIN z. F. seines 50-j. D. — 67) B. REMAK. 3 Fälle von Tabes im Kindesalter. Berl. klin. W. 1895. — 68) RAYMOND. Sur un cas. de syphilis héréditaire de la moelle Clinique des maladies du système nerveux. Paris. 1897. 2 série. — 69) BEDNAR. Krankheiten der Neugebor. 1853. cyt. u HENOC'H'a — 70) HENOC'H. Vorlesung über Kinderkrankheiten. 1887. — 71) WEGNER. VIRCHOW'S Archiv Bd. 50. cyt. u HENOC'H'a — 72) WALDEYER und KÖBNER. VIRCHOW'S Archiv. Bd. 55. cyt. u HENOC'H'a — 73) REUTER Zur Kenntniss der Motilitätsstörungen bei der hereditären Syphilis. Deut. med. Woch. 1895. Nr. 32. — 74) DOUCAS DEMÉTRIADIS. Un cas de pseudoparalysie syphilitique guéris. Rev. mens. des malad. de l'enfance. Nov. 1890. — 75) ZAPPERT. Ueber isolirtes Vorkommen von Augenmusk. als Spätsymp. der heredit. Lues. Arch. f. Kind. Bd. XIX Pos. v. Tow. Lek. Wied. 24. X. 1894. — 76) NETTLESHIP. Trans. of the path. Society of Lond. v. 32. cyt. u Fournier'a. — 77) GAŁĘZOWSKI. Recueil d'ophtalmologie. 1879. p. 454 cyt. u Fournier'a. 78) LÉPINE. Paralys. des moteurs oculaires. comm. et de l'hypoglose etc. sous la dépendance d'une syphilis héréditaire. Mercredi Med 1890. 30. IV. ref. SCHMIDT'S Jahr. 1890. — 79) SZADEK. Książka dziedziczna i wrodzona. Kraków 1894. SZADEK Czy płód przymiotowy może zarazić matkę? Odczyt w sekcji dermatol. i syfitydol. na VII zjeździe lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie. Med. 1894. N-r 42. — 80) FINGER. O dziedziczeniu kity. Kraków. 1892.

## STRESZCZENIA ZBIOROWE.

### O DOSZCZĘTNEM LECZENIU SCHORZAŁYCH PRZYDATKÓW MACICY.

#### SKUTKI TRZEBIENIA.

Opracował

**D-r Fr. Stepkowski.**

—†—†—

Postępy anatomii patologicznej w dziedzinie narządów rodnych kobiecych, doświadczenie, nabyte przez znaczną liczbę operacji, dokonanych przez cięcie brzuszne, wreszcie znaczne udoskonalenie w technice operacyjnej narządów, zawartych w jamie małej miednicy, sprawiły, że obecnie i trafniej stawiamy rozpoznanie tego rodzaju chorób, a co za tem idzie i skuteczniej leczymy. Szczególniej w ostatnim dziesiątku lat operacje od strony pochwy wywalczyły sobie poważne stanowisko, z którym nieuprzedzony chirurg liczyć się powinien.

Dziś już nie możemy uważać pochwy jako otchłania ciemną, w której manipulujemy po omacku. Cały szereg szczęśliwie dokonanych rękoczynów w celu doszczętnego usunięcia schorzałych narządów rodnych od strony pochwy przekonywa nas najdobitniej, że ta droga ma zupełną rację bytu. Poważna liczba ginekologów i chirurgów potwierdza to zdanie, jako to: PÉAN, DOYEN, SEGOND, DUEHRSEN, MACKENRODT, LEOPOLD, LANDAU, MARTIN i wielu innych. Zakres operacji pochwowych w ostatnich czasach znacznie się rozszerzył, a ścieśnił za to dla cięcia ścian brzusznych; operacje pochwowe mają już swą historię, swe wskazania i technikę. Dla niektórych zaś cierpienie przydatków będzie to jedynie możliwa droga.

Dzięki postępom anatomii patologicznej pojęcia nasze o zakażeniu rzeźączkowym znacznym uległy zmianom. Dziś wiemy, że to cierpienie jest bardzo częstym zjawiskiem u kobiet, że przyczyną ropienia tkanki łącznej przy-mamicznej, przyczyną zbiorowisk ropy w jajowodach są często właśnie gonokoki. Cierpi tu nie tylko błona śluzowa narządów rodnych, lecz również



warstwa mięśniowa i otrzewna ją pokrywająca. Skłonność wysięków do ograniczania się na nieznacznej przestrzeni i tworzenia przez to licznych zrostów jest właściwą zakażeniu tego rodzaju. Przekonywamy się również, że cierpienia przydatków macicy na tle gruźliczem zdarzają się nierównie częściej, niż dotychczas mniemano. Według statystyki WILIAMS'a, każdy 12 ty przypadek jest pochodzenia gruźliczego. Gdyby jednak badano każdy preparat z wyciętych przydatków pod drobnowidzem, a nie ograniczono się tylko na wyglądzie makroskopowym, jak to często się zdarza, to odsetek wypadłby większy.

Zapewne niektóre przewlekłe cierpienia przydatków macicy dadzą się wyleczyć środkami farmaceutycznymi, masażem, kąpielami, lub przynajmniej o tyle złagodzić, że uczynią chorej życie znośnem, będzie to zawsze jednak leczenie długie i wskstkach swych niepewne. Doświadczenie jednak stwierdza, że cały szereg tego rodzaju cierpień daje się wyleczyć radykalnie tylko na drodze operacyjnej. Wziąwszy następnie pod uwagę uporeczywe często bóle, wywołane zrostami, przewlekły charakter cierpienia, a w dodatku, że u chorych, pochodzących bardzo często z biednych warstw, zdolność do pracy odgrywa w ich życiu nadzwyczaj ważną rolę, stanie się rzeczą jasną, dlaczego operujemy niekiedy nawet tam, gdzie wskazania, bądź co bądź, uważamy za przedczesne. Jeśli mamy zwyrodnienie jajowodów i jajników, ropotok jajowodu, torbiel jajnika, gruźlicze cierpienie trąbek i t. d., to nie mamy czego zwłóczyć z operacją: o ile wcześniej przystąpimy do niej, o tyle będzie ona lżejszą i da lepsze rokowanie.

Możnaby tu zrobić zarzut, że, ponieważ cierpienia przydatków stanowią 17,8% wszystkich cierpień narządów rodnych kobiecych, a choroby te przydatków są bardzo często następstwem zakażenia tryprowego i zwykle u kobiet młodych, zatem pozbawialibyśmy zbyt często narządów rodnych kobiety w kwiecie wieku będące i zdolne do rodzenia potomstwa. Wytrawny jednak ginekolog, który dobrze jest obeznany z przebiegiem zakażenia tryprowego u różnych osobników, przystąpi do operacji dopiero po wyczerpaniu wszystkich środków możliwych, a opierając się na zmianach anatomo-patologicznych, przyjdzie do tego niezłomnego przekonania, że inaczej chorej uzdrowić nie może. Co tu pomogą utyskiwania na pozbawianie kobiet narządów rodnych, gdy te narządy są zniszczone sprawą chorobową i zupełnie niezdatne do wypełniania swych czynności, wobec nadziei zupełnego zdrowia i zdatności do pracy? Anatomia patologiczna zresztą nas poucza, że te przydatki najczęściej ulegają cierpieniu, które przedstawiają pewne zboczenia w budowie, zboczenia wrodzone, tak np. te jajowody najczęściej ulegają przemianie w *sactosalpinx*, które mają typ jajowodu dziecięcego.

Chore przydatki usuwamy przez cięcie ścian brzusznych lub przez pochwę. Dla jednej i dla drugiej mamy już pewne wskazania. Dla guzów dużych rozmiarów, sięgających ponad pępek, gdy są silnie poзрастane w górnym odcinku z siecią, kiszkami, również w razie guzów złośliwych, kruchych, w przewidywaniu niemożliwości dokończenia operacji, wreszcie gdy rozpoznanie nie jest zupełnie jasne, gdy zatem należy rozpatrzyć się w szczegółach — zawsze będzie wskazaną laparotomia. Nie tylko guzy dużych rozmiarów, lecz wiele mniejszych, gdy są silnie poзрастane z kiszkami, siecią, otrzewną ścianą i t. d., należy również operować *per koeliotomiam*.

Niebezpieczeństwa, połączone z operowaniem przez ścianę brzuszną, a nadewszkiem niebezpieczeństwo, grożące chorej w razie przedostania się ropy lub zawartości kiszkowej do jamy otrzewnej, nagliły poniekąd chirurgów i ginekologów do szukania innych dróg i innych sposobów operowania.

LAWSON TAIT, HEGAR poczęli wykonywać *salpingectomiam* i *salpingo-oophorectomiam abdominalem* przez wyjęcie całkowitych guzów po uprzednim podwiązaniu naczyń i oddzieleniu zrostów, ochraniając serwetami jamę brzuszną



od możliwego wylania się ropy. WIEDOW z kliniki HEGAR'a proponował operować takiego rodzaju guzy *à deux temps*. Robimy cięcie równoległe do *lig. Poupartii* i na 2 palce powyżej, po stronie guza przecinamy otrzewną; w razie braku zrębów tamponujemy gazą, a po kilku dniach, gdy już nastąpią zręsty otrzewnej guza z otrzewną ścienną, guz przecinamy.

W 1893 r. SCHAUTA dał jeszcze ściślejsze wskazania. W razie podejrzenia, że guzy mogą zawierać ropę, po otwarciu jamy otrzewnej, robi on próbne przekłucie i bada natychmiast na obecność w ropie streptokoków i stafilokoków, a w razie ich obecności przyszywa górny odcinek guza do dolnego kąta rany brzusznej. Po 5-ciu dniach szerokim cięciem otwiera guz i przeprowadza sączek. Rezultaty w ten sposób otrzymane były znacznie lepsze: według HOFMEIER'a 13,7%, według MARTIN'a 8,09% śmiertelności. Liczba zupełnych wyzdrowień podług SCHAUTY 83,6%. SEGOND w ostatnich czasach bardzo zachwala w tego rodzaju cierpieniach *koeiotomiam abdominalem* według metody amerykańskiej, wprowadzonej do Francji przez DELAGÉNIÈRE'a, a przed kilku miesiącami opisaną przez RICHELOR'a dla wyjęcia macicy z przydatkami od góry przy jej włókniakach. Operacya ta w głównych zarysach odbywa się w następujący sposób. Chora w położeniu TRENDELENBURG'a, operator z prawej strony chorej. Po otwarciu jamy otrzewnej odszukujemy górny brzeg więzadła szerokiego lewego, nazewnątrz przydatków, po obnażeniu go odszukujemy tętnicę nasienną, oddzielamy ją i podwiązujemy, uchwyciwszy zaś w kleszczyki PÉAN'a więzadło szerokie od strony macicy w odległości 1 ctm. od podwiązki, przecinamy takowe pomiędzy podwiązką i kleszczykami. Następnie odszukujemy tętniczkę więzadła obłego, podwiązujemy ją i w odległości  $\frac{1}{2}$ —1 ctm. od narzuconej podwiązki przecinamy więzadło szerokie w taki sam sposób z góry na dół aż do tętnicy macicznej. Teraz oddzielamy tę ostatnią, podwiązujemy ją dwukrotnie i przecinamy pomiędzy nawiązkami. Po przecięciu wreszcie tkanki okołomacicznej, pod tą tętnicą będącej, dochodzimy do sklepienia pochwy. Uwalniamy następnie szyję maciczną od pęcherza moczowego i wreszcie otwieramy sklepienie pochwy. Wywróciwszy część pochwową macicy, pociągamy szyję w górę i na lewo, dopóki nie ukaże się nam tętnica maciczna prawa, podwiązujemy ją w taki sam sposób jak poprzednio, przecinamy prawe więzadło szerokie, odszukujemy tętnicę więzadła obłego i nasienną, podwiązujemy je i otrzymujemy w ten sposób macicę wraz z przydatkami zupełnie wolną.

Operacya ta czyni zadość wszystkim żądaniom, wymaganym przez chirurgię: kleszczyki i nadmierna liczba pincetów są zbyteczne, kilka przyrządów z codziennej chirurgii wystarczy. Tamowanie krwi odbywa się przez podwiązanie każdego naczyńia oddzielnie, pęcherz moczowy i moczowód nie mogą być uszkodzone; szpyły niema, a więc niema też zetknięcia się kiszek z jej powierzchnią. Ta metoda amerykańska i sposób DOREN'a są to obecnie jedynie wskazane sposoby usunięcia macicy, a według SEGOND'a metoda amerykańska da się zastosować w przyszłości i przy cierpieniach przydatków macicy ropnego i nieropnego pochodzenia. KELLY również proponuje w ropnem cierpieniu przydatków otwierać jamę otrzewnej przez cięcie brzuszne jedynie dla kontroli palca, otwierającego ogniska ropne od strony pochwy. Truzzi w tego rodzaju przypadkach przez dokonane cięcie brzuszne uzupełnia rozpoznanie: pod kontrolą oczu rozrywa zręsty z kiszki, siecią i pęcherzem, macicę zaś i przydatki usuwa przez pochwę. Już 7 przypadków operował on w ten sposób i jest zupełnie z niego zadowolony.

Anatomia patologiczna jednak wykazuje, że ropienie z jam jajowodu rozprzestrzenia się bardzo często na otrzewną, na tkankę podotrzewną, miedniczą, wywołując w nich ropienia (*abcès pelvien*) i zręsty, jak również zręsty *pyosalpingis* z pęcherzem moczowym, kiszki, co powoduje znów uporczywe



przetoki. W tych warunkach ani operacja *per abdomen*, ani *per vaginam*, w razie istnienia dużej ilości worków, ropą wypełnionych, nie dały dobrych wyników. Dla tych to właśnie przypadków PÉAN zaproponował: ropicnie w małej miednicy, biorące początek z przydatków, otwierać od strony pochwy po uprzednim wyjęciu macicy. W razie niemożności wyjęcia przydatków pozostawiamy je na miejscu, a ropicnie otwieramy palcami. Jest to tak nazwana przez Pozzi'ego *hysterectomia evacuatricis*. Pierwszą tego rodzaju operację wykonał PÉAN w 1887 roku w Paryżu. Wkrótce pojawiły się pewne zmiany w technice samej operacji, wprowadzone przez DOYEN'a, SEGOND'a, MUELLER'a, QUÉNU. Obecnie mamy już wskazania dla każdej z tych operacji.

Metodę PÉAN'a stosujemy w tych przypadkach, w których macica jest unieruchomiona przez zrosty, ją przytrzymujące, jakby wmurowana i ściągnąć się ku dołowi nie daje, gdzie zatem możemy ją usunąć tylko przez kawałkowanie (*morcellement*). Sposób DOYEN'a ma zastosowanie przy pewnej ruchomości macicy, t. j. gdy do pewnego stopnia jest ściągana. Pośrodku między tymi dwoma sposobami, co do wymagalnej ruchomości macicy, znajduje zastosowanie sposób SEGOND'a, wprowadzający pewne ułatwienie w operowaniu.

Operacja według metody PÉAN'a odbywa się w następujący sposób. Chora znajduje się w położeniu grzbietowo-pośladkowym; po obnażeniu części pochwowej chwytną ją dwoma kulociągami i ściągamy, o ile się da, ku dołowi. Po wyskrobaniu błony śluzowej macicy, prowadzimy cięcie koliste w części pochwowej przez całą grubość ściany pochwy i oddzielamy palcem lub przyrządkiem PÉAN'a tkankę łączną okołoszyjową od pęcherza aż do otrzewnej, toż samo z tyłu do otrzewnej DOUGLAS'a. Udostępnivszy sobie w ten sposób podstawy więzadeł szerokich, narzucamy na nie kleszczyki po obu stronach przy samej macicy i odcinamy część ich odpowiednią do długości kleszczyków. Teraz nożyczkami przecinamy z boków unieruchomioną część macicy, tworząc dwie wargi: przednią i tylną, które następnie odcinamy. W ten sposób operujemy dalej, kierując się ku dnu macicy, t. j. podwiązujemy najprzód pewną część więzadła szerokiego, odcinamy, macicę rozcinamy na 2 wargi: przednią i tylną i odcinamy je. Stosownie do okoliczności danego przypadku otwieramy przytem worek otrzewnej lub zbiornik ropy. Zdarza się, że macicę możemy wyluskać z pośród błon rzekomych bez otworzenia otrzewnej i icipai. Po wyjęciu macicy należy wszystkie ropicnie nieotwarte pootwierać palcami, a w razie możności chore przydatki wyciąć.

Sposób DOYEN'a. Chora w położeniu grzbietowo-pośladkowym. Po obnażeniu części pochwowej chwytną ją z lewej i prawej strony kulociągami, które pozostają do końca usunięcia całej macicy. Po wyskrobaniu błony śluzowej macicy, ściągamy ją, o ile można, ku dołowi. Przecinamy teraz błonę śluzową szyi cięciem kolistem i trafiamy do tkanki okołomaciczej. Następnie wskazicielem szybko oddzielamy tylne sklepienie, oddzielamy zrosty tylnej powierzchni macicy, później, przeszedłszy do przedniego sklepienia, tymże wskazicielem oddzielamy pęcherz moczowy od otrzewnej i wprowadziwszy elewator pod spojenie łonowe do obnażonej otrzewnej, przecinamy nożyczkami przednią ścianę macicy po środkowej linii, poczynając od ujścia zewnętrznego macicy; przytem otwieramy zwykle jamę otrzewnej i otwór w niej powiększamy. Teraz znowu chwytną dwoma kulociągami górne brzegi cięcia macicy, wyciągamy ją jeszcze więcej ku dołowi i tniemy wyżej, następnie znów dwoma kulociągami chwytną górne boczne brzegi cięcia, zdejmując za każdym razem dolną parę kulociągów i w ten sposób postępując dalej, dochodzimy do dna macicy. Teraz dopiero przystępujemy do zatrzymania krwawienia. W tym celu wprowadzamy wskaziciel pod lewe więzadło szerokie i po palcu równoległe do macicy nakładamy kleszczyki, kontrolując uważnie, żeby chwytaly samo więzadło; przecięwszy więzadło szerokie na całej przestrzeni, macicę z lewej strony



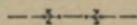
będziemy mieli ruchomą. Toż samo powtarzamy z prawej strony i macica staje się zupełnie wolną. Zwykle już podczas wyjmowania macicy przy oddzielaniu zrostów z niektórych ropni wylewa się ropa na zewnątrz, pozostałe zaś zbiorniki ropy teraz otwieramy i opróżniamy. Tamponujemy lekko jamę miednicy gazą jodoformową, wyprowadzając końce do pochwy. Kleszczyki zwykle zdejmujemy po 48 godzinach.

Sposób SEGOND'a. Po otworzeniu obu sklepień i narzuceniu kleszczyków z obu stron na podstawy więzadeł szerokich odcinamy szyję maciczną według sposobu PÉAN'a. Dalsze kawałkowanie polega na wycinaniu koniecznych kawałków z przedniej ściany macicy aż do jej dna, następnie przeginając ją ku przodowi, wyprowadzamy do pochwy, nakładamy kleszczyki z góry na dół na nieujęte jeszcze części *lig. lati* według sposobu DOYEN'a i po odcięciu macicę wyjmujemy, pozostawiając *in situ* 4—6 kleszczyków.

Wskazania do operacji PÉAN'a zwolna rozszerzono: zaczęto ją stosować nie tylko w ropieniu w jamie małej miednicy (*abces pelvien*), lecz także w przewlekłych cierpieniach przydatków macicy: *colpo-hystero salpingo-oophorectomia*. I tu również rezultaty otrzymano bardzo dobre. Według SEGOND'a, *ovariotomia vaginalis* bez uprzedniego wyjęcia macicy jest operacją trudną i poniekąd niebezpieczną; z tych więc powodów przy wyluszczeniu chorych przydatków wyjęcie macicy powinno być pierwszym momentem operacji. Ofiara z macicy jest właśnie zasługą tej metody. Potępiać tego rodzaju operację z powodu, że jest trudną, że wymaga zręczności i cierpliwości, z punktu widzenia chirurgii nie wypada.

[C. d. n.]

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.



### 95. S. Flexner i Norman Harris [Baltimore]. Zakażenie tyfusowe bez zmian w kiszkiach.

Oznaczone w tytule rozpoznanie możliwym jest w zasadzie dopiero od czasu udoskonalenia metod rozpoznawania bakteryologicznego lasecznika tyfusowego. Autorowie przytaczają kilka ogłoszonych dotąd w literaturze odnośnych spostrzeżeń oraz opisują jedno swoje. Dotyczy ono 32-letniego mężczyzny, który przeleżał w szpitalu tylko 2 dni w stanie bardzo ciężkim, przy czem ścisłego rozpoznania za życia jego postawić nie było można.

Przy badaniu pośmiertnem, dokonaniem w godzinę po śmierci chorego, nie znaleziono żadnych zmian w kiszkiach, ale stwierdzono trombozę dużego pnia tętnicy płucnej w prawem płucu, zgorzel częściową tego ostatniego, przedziurawienie opłucnej, z otokiem ropo-powietrznym, zamknięcie światła wyrostka robaczkowego i zmętnienie narządów mięsaszowych. Badanie bakteryologiczne, przeprowadzone z największą ścisłością, wykryło laseczniaki tyfusowe w prawem i lewem płucu, wątrobie, śledzionie, nerkach, oraz w oponach mózgowych. Autorowie uważają więc swój przypadek za posocznicę tyfusową, która przebiegała tak szybko, że w kiszkiach nie zdążyły rozwinąć się odnośne zmiany swoiste.

(*Johns Hopkins Hospital Bulletin*, 1897. Nr. 81).

W. Janowski



## Wiadomości bieżące.

— Komitet gospodarczy VIII zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu podaje niniejszem do wiadomości, że wczoraj dnia 4-go b. m. otrzymał z królewskiego prezydium pismo następujące:

„Euer Hochwohlgeboren theile ich ergebenst mit, dass aus allgemeinen polizeilichen Gründen die Theilnahme von Ausländern an dem bevorstehenden Congresse polnischer Aertzte und Naturforscher unzulässig erscheint und dass ich deshalb alle Ausländer, welche sich zu demselbem einfinden sollten, im Wege polizeilichen Zwanges des Landes verweisen würde

Ich stelle hiernach weitere Veranlassung dem Ermessen des Comitetes ergebenst anher.

[gez.] v. Hellmann.“

„Niniejszem zawiadamiam, iż z ogólnych względów policyjnych uczestniczenie cudzoziemców w zapowiedzianym kongresie lekarzy i przyrodników polskich jest niedopuszczalne, że przeto musiałbym wydalic z kraju, przy zastosowaniu przymusu policyjnego, wszystkich cudzoziemców, którzyby się na kongresie znaleźli.

Dalsze zarządzenia pozostawiam niniejszem uznaniu komitetu.

[podp.] v. Hellman“.

Wobec powyższego urzędowego komunikatu komitet gospodarczy VIII-mego zjazdu lekarzy i przyrodników polskich zawiadamia wszystkich interesowanych, że zjazd, naznaczony na dzień 1, 2, 3 i 4 sierpnia r. b., odbyć się nie może.

D-r *Święcicki*  
przewodniczący.

D-r *Jaruntowski*  
jen. sekretarz.

*Poznań 5 lipca 1898.*

**Zmarli:** we Wrocławiu FERDYNAND COHN, jeden z twórców dzisiejszej bakteriologii; w Paryżu A. VOISIN, psychiatra.

**Prace oryginalne w czasopismach lekarskich, polskich.** *Przegląd Lekarski.* Nr. 27. NENCKI. O wartości leczniczej i odżywczej mleka, a w szczególności krakowskiego mleka potrójnego i podwójnego. WACHHOLTZ. O formalnych przewinieniach lekarskich [dok.]. BRUDZEWSKI. Kilka słów o badaniu i leczeniu zęza towarzyszącego [dok.]. — *Medycyna.* Nr. 27. MICHELIS A. Rana cięta czaszki, zadana siekierą; rozlupanie kości czołowej; częściowe wypadnięcie mózgu przez ranę kostną; następstwa tego obrażenia. NEUGEBAUER F. *Venus cruenta, interdum mutilans, interdum occidens* [dok.]. — *Kronika Lekarska.* Nr. 13. TRZECIŃSKI S. Przypadek ostrego wstępującego porażenia [paraliż LANDRY'ego]. — *Krytyka Lekarska.* Nr. 27. KAMIŃSKI St. Gimnastyka a zdrowie [dok.]. STERLING W. Z fizjologii i patologii muzyki. RAMOSZYŃSKI W. W kwestyi urzędzeń pomocy lekarskiej w gminach. J. POLAK. W sprawie ważności wykształcenia filozoficznego dla lekarza.

## DO PP. PRENUMERATORÓW.

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

**Sprostowanie:** W Nrze 27 str. 706 zamiast „ZAJĄCZKOWSKI“ [podpis referenta] powinno być „ST. ZABOROWSKI“.

Wydawca, D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny, D-r Wł. Gajkiewicz.

Доводено Цензурою Варшава 25 Июня 1898. Druk Kowalewskiego. Warszawa, Mazowiecka 8.



# WINO SAINT-RAPHAËL

rokomentuje się jako:

toniczne, wzmacniające i pomagające trawieniu.

*Wybornego smaku.*

Zachowuje się sposobem Pasteura.

Każda butelka opatrzona pieczęcią Rossyjskiej komory celnej i broszurą D-ra de Barre: O winie Saint-Raphaël, jako środka pożywnym, wzmacniającym i uzdrawiającym.

Studyum D-ra de Barre w ruskim, niemieckim, francuskim i polskim języku wysyła się na żądanie.

Wino Saint-Raphaël sprzedaje się w lepszych handlach win, aptekach i aptecznych składach Rosyi.

Towarzystwo Saint-Raphaël  
w Valence, Drôme (Francya).

12-11



## OSTRZEŻENIE.

Compagnie du Vin de *Saint-Raphaël*  
Valence, Drôme, France, założona w 1872 r.

podaje do wiadomości, że zjawilo się w sprzedaży fałszowane wino Saint-Raphaël, dla tego też prosi P. P. kupujących wino by zwracali uwagę na fabryczny stempel (Trade mark) naszego wina. Każda butelka naszego wina jest opatrzona pieczęcią komory celnej, marką fabryczną i marką Związku fabrykantów dla walki z fałszykatami (Union des fabricants pour répression de Contrefaçons) i broszurą D-ra de Barre o winie Saint-Raphaël jako o środka pożywnym, wzmacniającym i uzdrawiającym.

Nasze wino sprzedaje się:

w Warszawie u P. P. Ludwik Spiess i Syn, Seidel i S-ka, Simon i Stecki, J. Mrozowski, Unitas, F. Venoulet i S-ka, K. Langner, A. Skorpucki, Waligórski i we wszystkich lepszych aptekach.





IV

# Bystra, obok Bielska, Szlązk polski:

# Bystra, obok Bielska, Szlązk polski:

Stacya kolei Dziedzice - Żywiec,  
2 godz. od Granicy.

450 m. n. p. m. w przesłicznej lesistej okolicy. Seisly internat. Najnowsze urządzenia wodolecznicze, elektroterapia, **Kąpiele elektryczno-świetlne**, sala dla gimnastyki leczniczej czynnej, biernej i szwadzkiej, kuracyo dyetetycznej i terenowe. Z komfortem urządzone sale wspólne: jadalna, konwersacyjna, bilardowa, fumoir i czytelnia. **Elektryczne oświetlenie wszystkich ubikacyi, watter-closets, wodociągi**, i t. d. Telefoniczne połączenie ze Lwowem, Krakowem i Wiedniem.

Właściciel i kierownik:

**D-r Ludwik Jekeles,**  
były sekundaryusz c. k. szpitala Rudolfa w Wiedniu. 6-5

---

## 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 kąpieeli, 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. 12-5



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

Analizy i szczegółowe wiadomości o źródle wysyła bezpłatnie pocztą:

Kantor transportowy książących mineralnych wód w Obersalzbrunnen

**Furbach i Striboll,** Salzbrun na Szląsku. Składy we wszystkich aptekach i magazynach aptekarskich. 10-6

---

Dom zdrowia dla nerwowych i umysłowych chorych.

Lublin. D-r Olechnowicz, Ordyna, oddziału dla chorób umysłowych przy szpitalu Św. Wincentego w Lublinie. 16-11