

# GAZETA LEKARSKA.

## I. O ZWIĄZKU PEWNYCH OBJAWÓW

### ZĘ STRONY NOSA Z NARZĄDAMI PŁCIOWYMI KOBIECYMI.

[Odczyt wygłoszony na posiedzeniu klinicznym w d. 4-ym marca 1902 r. Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego].

Opracowali

Józef Jaworski i Stanisław Iwanicki.



#### I.

W 1897 r., wolnopracujący lekarz berliński, W. FLIESS, wydał książkę p. t.: „*Die Beziehungen zwischen Nase und weiblichen Geschlechts organen*“. Książka ta, pomimo tego, że w pewnej części zawierała już uprzednio wypowiedziane, a więc znane poglądy autora, bądź z odczytu w Towarzystwie Ginekologicznym w Berlinie [r. 1896], bądź z oddzielnych rozpraw, ogłaszanych w tej kwestyi w latach 1893 i 1895, wywołała w świecie lekarskiem nie tylko duże zaciekawienie, lecz także spotkała się z surową krytyką i zaprzeczeniami.

Sprawa, podniesiona przez FLIESS'a, z biegiem czasu poszła w pewne zapomnienie i dopiero na początku roku ubiegłego, dzięki podjęciu jej przez lekarza wiedeńskiego, ARTURA SCHIFF'a, znów stała się przedmiotem rozpraw jak w prasie lekarskiej, tak i na posiedzeniach Towarzystw Lekarskich w Wiedniu, Berlinie i Lipsku.

A. SCHIFF 11-go stycznia, 1901 r., wygłosił w Towarzystwie Lekarskiem w Wiedniu odczyt, w którym nie tylko streścił wytyczne punkty FLIESS'a odnośnie stosunku pomiędzy nosem a kobiecemi narządami płciowemi, lecz i przedstawił względnie duży [47 przypadków], dobrze usegregowany materiał kliniczny, który posłużył mu jako sprawdzian twierdzeń FLIESS'a. Co ważniejsza, A. SCHIFF w swych badaniach, prowadzonych z wielką dokładnością, zapewnił sobie czynny współudział ginekologów, co pozwoliło mu wnosić pogłębić, a nawet przez wykrycie pewnych nowych faktów je rozszerzyć.

Drugą seryę doświadczeń swych SCHIFF dokonał, mianowicie, w klinice i na propozycję prof. CHROBAK'a.

Odkrycia FLIESS'a od chwili ich ogłoszenia żywo mnie interesowały, lecz budziły dużo wątpliwości; dopiero wystąpienie SCHIFF'a, który w warunkach istotnie korzystnych z punktu widzenia naukowego swe badania przeprowadzał, pobudziły, mię do podjęcia stosowania i wypróbowania metody FLIESS'a w pewnych zaburzeniach podczas miesiączkowania. A zachętę w tem przedsięwzięciu znalazłem także w prawdziwej kurtuazji prof. CHROBAK'a, który po mojem zwróceniu się do niego, przez nadesłanie mi części materyału literackiego w tej kwestyi, do badań tych tem samem poniekąd namówił. Właśnie przed rokiem, bo w styczniu r. u. zacząłem badania te prowadzić, zapewniwszy sobie współdział, jako rinologa, kol. ST. IWANICKIEGO. Na niego to przypada część roboty zmuDNA, gdyż cała strona techniczna

Zbadanie dokładne zmian w nosie, ich szczegółowy opis u każdej badanej osoby, a następnie stosowanie: znieczulania, przyżegania, elektrolizy i t. d., z wyjątkiem zaledwie kilku przypadków, wszystko to wykonał towarzysz mój w tej pracy, którą przedstawić Sz. Panom obecnie chcemy.

## II.

Nim przystąpimy do podania wyników naszych badań, opartych na największej liczbie przypadków z dotychczas opisanych, streścić musimy najważniejsze twierdzenia i poglądy FLIESS'a, a także zairzytać się na kwestyach bezpośrednio z niemi związanych. FLIESS wychodzi z następującego założenia: przy badaniu nosów kobiet i dziewcząt w czasie miesiączki znajdujemy jednocześnie stale silne obrzmienie i przekrwienie błony śluzowej nosa, które wraz z miesiączkowaniem się ukazuje i z niem znika.

Spostrzeżenie to nie jest nowe. Przeglądając literaturę z ostatnich lat kilkunastu, znajdujemy dużą liczbę spostrzeżeń, z których wynika, że najróżnorodniejszym stanom pobudliwości narządów płciowych u obu płci, stale towarzyszą zmiany fizyologiczne błony śluzowej nosa. Nie leży w zakresie odczytu tego dokładne, czyli zupełne, przedstawienie tych spostrzeżeń; w tem miejscu, chcemy choć pobieżnie wskazać te nierzadkie przypadki, w których peryodyczne krwawienia z macicy idą w parze z krwawieniami z nosa, lub się wzajemnie wykluczają; dalej przypadki podane przez MACKENZIE'go i I. WALL'a, w których mężczyźni przy każdym spółkowaniu obfitemu krwawieniu z nosa (*epistaxis*) ulegali, następnie na przypadki peryodycznie występującego gwałtownego krwawienia z nosa u osób, oddających się nałogowi samogwałtu [JOAL, GIROD, PEYER, FINK], nareszcie na częstą, dobrze znaną rinologom, skargę młodych ludzi, polegającą na zatkaniu, założeniu nosa *intra coitum*, z powodu czego ludzie ci nierzadko rady rinologów zasięgają. Wiele uwag, dotyczących tej kwestyi, znaleźć można w rozprawie inauguracyjnej ENDRISS'a, p. t.: *Die bisherigen Beobachtungen von physiologischen und pathologischen Beziehungen der oberen Luftwege zu den Sexualorganen. Inaugural.-Dissertation. Würtzburg 1892.*

Oprócz tego MACKENZIE w swej rozprawie z r. 1884 o wpływie pobudliwości narządów płciowych na stan błony śluzowej nosa, stwierdza, że miesiącz-

kowanie stale z silnem obrzmieniem i przekrwieniem błony śluzowej nosa w parze idzie.

W tem miejscu nadmienię, że z autorów polskich, A. SOKOŁOWSKI w zbiorowym dziele HEYMANN'a, wydanem r. 1900 w Wiedniu, a następnie w odczycie po polsku: „O stosunku cierpień wewnętrznych do zaburzeń w górnym odcinku dróg oddechowych“, rozpatruje i pod tym względem choroby narządów płciowych; również L. PRZEDBOBSKI w osobnej pracy: „Cierpienia krtani przy ciąży“ [Gazeta Lekarska. 1900] opisuje zmiany, wywołane tym stanem; wreszcie, T. DUNIN, w odczycie: „O zasadach leczenia neurastenii i histeryi“ [r. 1902], wypowiada swe zapatrywania na powstawanie i leczenie t. zw. nerwic odruchowych z narządów rodnych.

Rzadki dar spostrzegawczy FLIESS'a spowodował, że poszedł on poza te znane fakty krok dalej i wykazał przez swe badania pewne zjawiska, których wykrycie właśnie stanowi już niezaprzeczoną i wyłączną zasługę jego.

FLIESS mianowicie wskazał, że te zmiany podczas miesiączki w nosie nie całą błonę śluzową nosa obejmują, lecz, że są to z każdej strony dwa, ściśle odgraniczone miejsca, na których ta menstrualna zmiana wyraźnie daje się określić. Temi miejscami z każdej strony są: przedni koniec dolnej muszli, uwytatniony silnem obrzmieniem i szczególnie obfitujące według BREZGEN'a w naczynia miejsce, a według MIHALKOVICS'a [vide: HEYMANN. Die Nase. T. III] w gruczoły śluzowe, na przegrodzie, które określać zwykliśmy, jako wzgórek przegrody (*tuberculum septi*). Na tych dwóch właśnie miejscach spostrzegamy, według FLIESS'a, stale podczas miesiączki przekrwienie, obrzęk, skłonność do krwawienia, a nadto nadzwyczajną wrażliwość błony śluzowej nawet na lekkie dotknięcie sondy. Obadwa miejsca w nosie, które się przez wzmiankowaną odmianę menstrualną odznaczają, określa FLIESS jako „miejsca płciowe nosa“—*Genitalstellen der Nase*—miejsca te, my, ze względu na krótkość określenia, pozwolimy sobie w odczycie nazywać „punktami FLIESS'a“.

Tym punktom, podług FLIESS'a, przypada jeszcze inna rola, mianowicie stan pobudliwości podczas miesiączki nie tylko sprowadza zmiany w miejscach płciowych nosa, czyli, że menstruacja nie tylko na nos oddziałuje, lecz i odwrotnie te punkty FLIESS'a warunkują pewne zjawiska, rozgrywające się w sferze płciowej, a którym dotychczas wyłącznie czystopłciowe przypisywano źródło. Dla dania konkretnego przykładu zaznacza FLIESS, że tym miejscem płciowym nosa przypada często istotne znaczenie przy powstawaniu i znikaniu bolesnej miesiączki. FLIESS twierdzi mianowicie, że udaje się w wielu przypadkach, umiejscowione w brzuchu i krzyżu bóle, tak często towarzyszące wpływom miesięcznym z macicy, najzupełniej przeciąć kokainowaniem miejsc płciowych nosa, przyczem występuje ten niezwykle objaw, że przy kokainowaniu przedniego końca dolnej muszli stale znikają tylko w podbrzuszu umiejscowione bóle, a przez kokainowanie wzgórka przegrody—tylko bóle krzyża.

A dalej, FLIESS twierdzi, że stan pobudliwości oddzielnych punktów nosa pozostaje w stosunku do występowania i znikania ściśle dających się umiejscowić bólów. Jak stosunki te są stałe i wyspecjalizowane w swoich szczegółach, poznaje się to dopiero wówczas, jeżeli się nie wszystkie cztery miejsca

pliciowe nosa szybko jedno po drugim kokainuje, ale jeżeli się to czyni w pewnych odstępach czasu, t. j. czynność tę dzieli. Widzimy mianowicie wówczas, że w wielu przypadkach przy kokainowaniu przedniego końca dolnej muszli wyłącznie bóle brzucha nikną, bóle krzyża jednakże pozostają zupełnie niezmiennie, a bóle te krzyża znikają dopiero kiedy zakokainujemy wzgórek przegrody.

Ścisłej zaś rozgraniczając te zjawiska, okazuje się, że przy kokainowaniu prawej dolnej muszli znika właściwie ból z prawej strony podbrzusza, przy kokainowaniu dolnej lewej muszli—ból z lewej strony podbrzusza, gdy tymczasem stosunki pomiędzy *tuberculum* a bólami krzyża, odnośnie do strony ciała, są mniej stałe i wyraźne.

FLIESS oprócz tego jeszcze twierdzi, że zaznaczyć można cały szereg innych stosunków pomiędzy nosem a płciowymi narządami kobiet, że np. nosowi przypada pewna rola przy powstawaniu określonych rodzajów bólu, że np. istnieje łączność także pomiędzy przednim końcem lewej środkowej muszli nosowej a występowaniem nerwowych gastralgi.

Ten stosunek wzajemny pomiędzy punktami FLIESS'a a różnymi zaburzeniami w miesiączkowaniu nie obejmuje w całej rozciągłości tych zбочeń.

W rozprawach jednego z nas [JAWORSKI], ogłoszonych dawniej p. n.: „*Mors sub menstruatione*“ [„Kronika Lekarska“ 1896 i „*Wiener Medicinische Presse*“ 1897], a także p. n.: „O miesiączce u nowonarodzonych dziewcząt“ [„Kronika Lekarska“ 1899], została szerzej omówioną wogóle patologia miesiączki, co zwalnia nas poniekąd od dłuższego zastanawiania się powtórnie nad tą kwestyą. W sprawie, poruszonej przez FLIESS'a, chodzi głównie o nieprawidłowość znaną pod nazwą miesiączki bolesnej—*dysmenorrhoea*. Otóż, można rozróżnić tutaj dwie grupy: *dysmenorrhoea*, warunkowana zmianami wrodzonymi, lub nabytymi narządów płciowych, powtórnie, *dysmenorrhoea*, w której ginekologiczne badanie nie wykrywa cierpienia o podstawie anatomicznej. Tę ostatnią formę nazywają — nie zawsze słusznie — dysmenoreą „nerwową“. Nadto, wspomnieć musimy o t. zw. *dysmenorrhoea mechanica*, która da się już anamnestycznie wyodrębnić, a mianowicie, że bóle poprzedzają tutaj krwawienie, a w chwili gdy ono nastąpi, gdy przeszkoda mechaniczna zostaje przezwyciążona, usunięta, ustają zupełnie. Miesiączki o tym charakterze — według FLIESS'a—nie wykazują zupełnie „mechanizmu nosowego“.

Natomiast najczęstszą łączność z nosem, według FLIESS'a, posiadają te bolesne miesiączki, gdzie nie wykrywa się zmian chorobowych w narządach rodnych; chociaż i w przypadkach z określonymi, nawet ciężkimi zmianami w tych narządach FLIESS metodą swą bóle podczas miesiączki usuwał, a nawet trwale leczył. Dlatego próby kokainowe, według FLIESS'a są we wszystkich takich przypadkach bolesnej miesiączki znakomitym środkiem do odróżnienia miejscowych ograniczonych bólów od wielkiej grupy tych, których podstawą jest zupełnie odmienny mechanizm, a w którym to nos istotny ma udział.

SCHIFF nie zadowolił się stwierdzeniem ustania bólów u kobiet powyższych dwóch kategorii: on nadto podjął badania u takich kobiet, które nie tylko

podczas miesiączki, ale i w okresie pozamiesiączkowym cierpią dotkliwie na bóle w krzyżu i podbrzuszu i właśnie z powodu tych dolegliwości, wzrastających jeszcze co miesiąc, poddają się leczeniu specjalnemu. Na ośm takich kobiet, u sześciu SCHIFF przez kokainowanie usunął bóle miesiączkowe, a oprócz tego u trzech po zastosowaniu wypalenia punktów FLIESS'a otrzymał zupełne zniknięcie bólów przewlekłych pozamiesiączkowych, pomimo istniejącego zajęcia chorobowego narządów rodnych. Autor ten, zastrzegając się co do wniosków stanowczych, czyni jednak z tego powodu uwagę, że bóle pozamiesiączkowe również nie są wyłącznie warunkowane przyczynami czysto natury miejscowej, podobnie, jak i bóle menstruacyjne. I tutaj zatem, według niego, zdarzają się niejednokrotnie bóle, które, podobnie jak bóle miesiączkowe, są w bezpośrednim związku i pod wpływem punktów FLIESS'a.

Dalej, SCHIFF wyraża zdanie, że przyczyna bolesnej miesiączki leży w podrażnieniu punktów FLIESS'a, że bóle te nie są pochodzenia z narządów rodnych, lecz są to bóle projekcyjne, pojawiające się wskutek anormalnego stanu tych punktów FLIESS'a, warunkowanego miesiączką i które nie dają się odczuwać w miejscu swego powstania, lecz drogą nerwową, dotychczas niezbadaną przenoszone bywają z nosa w odległe okolice ciała, jako to: krzyż, podbrzusze.

Podług tego przypuszczenia stan podrażnienia narządów płciowych podczas miesiączki prowadzi naprzód do zmian miesiączkowych w nosie i do podrażnienia jego miejsc płciowych, co dopiero wywołuje bóle projekcyjne.

SCHIFF ową hipotezę bólów projekcyjnych popiera spostrzeżeniami nad choremi.

Opis dwóch z tych spostrzeżeń, jako bardzo charakterystycznych, pozwalamy sobie za SCHIFF'em dosłownie tutaj przytoczyć. „Była to pierwsza kobieta [słowa autora], którą miałem kokainować na klinice radcy dworu CHROBAK'a z powodu jej bólów w podbrzuszu z lewej strony (*parametritis*). Mieliśmy istotną niespodziankę, gdy chora, która nic nie wiedziała, nie domyślała się nawet o co idzie, nagle w chwili dotknięcia wacikiem, zmaczanym w roztworze kokainy, dolnej lewej muszli nosa—zawołała: „Tak mnie boli nisko, gdy pan doktor u góry dotyka“! Mówiąc to wskazała lewe *hypogastrium*. Przy kilkakrotnem dotykaniu powtarzała ciągle to samo dodając jednak: „Już bóle zupełnie przeszły już nic nie czuję“.

Przypadek drugi opisuje SCHIFF temi słowy: Druga ta kobieta miała właśnie napad miesiączki bolesnej i skarżyła się na silną bole brzucha. Leżała na klinice radcy dworu CHROBAK'a, na której przed tygodniem przebyła operację (*ventrofixatio*) z powodu *retroflexio uteri*. W chwili, gdy dotknąłem nieco silniej prawej dolnej muszli nosowej, chora skrzywiła się i zawołała: „Ach czuję ból nisko, tam nisko mnie boli!“ i wskazała na prawe *hypogastrium*. Przy dotykaniu lewej, bardzo wrażliwej, dolnej muszli to samo się powtórzyło, t. j. powstawał gwałtowny ból w lewym *hypogastrium*. Pozwoliwszy wypocząć trochę chorej, powtórzyłem próbę a za mną powtórzyli ją panowie lekarze z kliniki. Skutek był ciągle ten sam. Jeszcze bardziej interesującym było zachowanie się kobiety tej w chwili, kiedy dotknęliśmy sondą, zresztą bardzo lekko

okolicy—*tuberculum septi*. Jak wspomniałem, kobieta cierpiała tylko na bóle miesięczkowe brzucha a nie krzyża. W chwili dotknięcia *tuberculum septi* chora zaczęła krzyczeć głośno: „Mój krzyż! mój krzyż!” a powtarzało się to za każdym takim dotknięciem. Tym sposobem, mówi SCHIFF, można było dowolnie u tej kobiety kolejnem dotykaniem punktów FLIESS'a wywoływać najgwałtowniejsze bóle w jednym z hypogastriów lub w krzyżu i bóle te dokładnie wykazywały ten sam szczególny związek, tę samą łączność z miejscami płciowemi nosa. [Dolna muszla—brzuch, *tuberculum*—krzyż], Autor opis ten kończy zdaniem: „Lepszego dowodu istnienia projekcyi bólów z nosa do wspomnianych miejsc nie mogę sobie już po prostu wystawić“.

A dalej powiada: jest to również przykład dysmenorei doświadczalnej nosa: można było u chorej, drogą doświadczenia naśladować to, co występowało u niej z przyjściem miesiączki samorodnie, samo z siebie.

W naszych doświadczeniach nie udało się wywoływać drogą wskazaną tych bólów projekcyjnych w okresie pozamiesiączkowym, a nawet podczas miesiączki; u bardzo niewielu kobiet, wszystkiego 4-ch, zdołaliśmy stwierdzić podobnie silne i bolesne odruchy projekcyjne w krzyżu i brzuchu. [D. n.]

---

## II. WSKAŹNIK GRUŻLICY U NAS.

Podał

H. Cybulski,

I asystent zakładu dra BREHMER'a w Görbersdorfie.

---

Na podstawie statystyki śmierci z powodu gruźlicy da się łatwo obliczyć liczba chorych na gruźlicę, żyjących w danej chwili, gdy jest wiadomy tak zwany wskaźnik gruźlicy. Wskaźnik stanowi przeciętna długość choroby u suchotnika; gdy więc na przykład w danej miejscowości umiera rocznie średnio 1000 osób na gruźlicę, wskaźnik zaś gruźlicy, czyli przeciętną długość choroby u każdego przyjmiemy na 3 lata, to można na podstawie tych danych przyjąć, że w danej miejscowości żyje średnio 3000 osób chorych na gruźlicę.

Wobec więc tego jest rzeczą ważną ustanowienie przeciętnej długości trwania choroby w gruźlicy. Dla Niemiec podaje CORNET przeciętną długość na 3 lata, DETTWEILER na 7 lat, GOLDSCHMIDT na 2 lata, LEUDET dla klas bogatszych na 5 lat, dla szpitalnej praktyki na 3<sup>1</sup>/<sub>2</sub> lat.

Dane te nie mogą być bezwzględnie stosowane do naszego kraju, ponieważ długość trwania choroby, pominiawszy różnice rasowe zależy też wiele od warunków klimatycznych, higienicznych, stopnia rozwoju kulturalnego i materialnego kraju. Wobec więc tego rodzi się potrzeba opracowania tej kwestyi spe-

cyalnie na naszym materiale. Materiał ten zebrałem z kart szpitalnych na oddziale dra SOKOŁOWSKIEGO w szpitalu Św. Ducha w Warszawie wśród tych chorych, którzy na oddziale zmarli, u tych więc, u których długość choroby od początku do końca była do pewnego stopnia wiadoma. Do pewnego stopnia, ponieważ chorzy szpitalni po większej części nie rekrutują się ze sfer, które zwykły ściśle siebie obserwować i wiadomości, dostarczane przez nich co do początku choroby, nie mogą i nie są zbyt ściśle. Nie ulega wątpliwości, że u każdego z nich cierpienie płucne trwało czas pewien, nim doszło do ich świadomości; wiemy wszak, że okres przedgruźliczy, to jest okres czasu od zarażenia się do zjawienia się pierwszego wybitniejszego objawu, trwa od 1/2 do 1-go roku; jednakowoż zważywszy na to, że chodzi nam nie o matematycznie ścisłą liczbę suchotników, lecz o liczbę takich, którzy znajdują się już w okresie jawnym gruźlicy i rozszerzają zakażenie,—można dane powyższe uważać za ściśle.

Jako początek choroby uważałem pierwszy podejrzany objaw, więc lekkie krwiopłucie, bóle pleurytyczne, przebytą influencję na początku choroby i t. p. objawy.

Materiał mój obejmuje 150-u chorych szpitalnych i 50-u chorych z prywatnej praktyki dra SOKOŁOWSKIEGO. 150-u chorych, zmarłych na gruźlicę na sali szpitalnej, chorowało średnio 2<sup>3</sup>/<sub>5</sub> lat, 50-u chorych z prywatnej praktyki dra SOKOŁOWSKIEGO chorowało przeciętnie 4 lata.

Sądzę więc, że nie będę dalekim od prawdy, gdy przyjmę przeciętnie długość choroby w naszych stosunkach na 3 lata, co odpowiada mniej więcej znajdującym się w podobnych klimatycznych, jak my, warunkach—Niemcom [według statystyki CORNET'a].

DUNIN w swej pracy: „Walka z gruźlicą“ podaje wskaźnik gruźlicy na 6 lat. Cyfra ta jest stanowczo za wysoka.

Z zebranej statystyki da się wyciągnąć kilka ciekawszych danych. Przedewszystkiem co się tyczy dziedziczności, to bezpośrednią dziedziczność można było stwierdzić u 39—to jest 29<sup>0</sup>/<sub>0</sub>—bez obarczenia dziedzicznego 99, t. j. 71<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, bez danych ścisłych 12, co odpowiada wogóle ogólnie przyjętym liczbom.

Natomiast na długość choroby dziedziczność zdaje się mieć pewien, nawet dosyć znaczny wpływ. Chorzy, obarczeni dziedzicznie, chorowali średnio 1<sup>3</sup>/<sub>5</sub> lat, nie obarczeni—2<sup>4</sup>/<sub>5</sub>. Chorzy, obarczeni dziedzicznie, umierali przeciętno w 30-ym roku życia, nieobarczeni—w 35-ym.

Co się tyczy alkoholizmu, to było takich 45, t. j. prawie 1/3; chorowali oni średnio 2,7 lat, czyli nieco dłużej niż przeciętnie, w każdym razie nie krócej.

Co się tyczy innych danych, to syfilityków było 3,3<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, chorych, którzy przebyli poprzednio ostre krupowe zapalenie płuc—12,6<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, zapalenie opłucnej—3,3<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, tyfus brzuszny—9,3<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, nakoniec 2<sup>0</sup>/<sub>0</sub> takich, którzy początek choroby datowali od grypowego zapalenia płuc. Wobec atoli szczupłego materiału dane co do długości choroby w każdej poszczególniej grupie nie miałyby wartości.

W końcu uważam: sobie za miły obowiązek złożyć podziękowanie drowi SOKOŁOWSKIEMU za łaskawe udzielenie mi do użytkowania swego prywatnego materiału.

---

## PRZYCZYNEK DO BADAŃ NAD SYRINGO- I HYDROMYELIĄ,

Podał

**J. Koelichen.**

[Dalszy ciąg — Patrz Nr. 15].

Przypadek anatomiczny zawdzięczam uprzejmości dra EDWARDA ZIELIŃSKIEGO, od którego otrzymałem do zbadania drobnowidzowego rdzeń chorego, zmarłego w szpitalu na Pradze po miesięcznym zaledwie pobycie, u którego rozpoznano za życia paraliż postępowy. Od rodziny chorego wiadomem było, że przebywał przez pewien czas na kuracyi w szpitalu Jana Bożego. Z karty szpitalnej zanotowałem następujące szczegóły. Chory Antoni Piotr S. lat 27, żonaty, urzędnik drogi żelaznej, umieszczony został w szpitalu Jana Bożego w d. 29-go kwietnia 1899 r. Nienormalny stan umysłu trwa u niego już od kilku tygodni i wyraża się silnem podnieceniem, niepokojem, drażliwością, wzmożonym pociąganiem płciowym, który chory stara się zadowolić bez względu na otoczenie. Budowa chorego prawidłowa, w narządach wewnętrznych, w czynnościach somatycznych układu nerwowego żadnych zgoła zbieżeń od normy nie zanotowano. Źrenice równomierne, posiadają normalne odruchy na światło i akomodację. Mowa prawidłowa, w języku żadnych zbieżeń nie znaleziono. Podniecenie duchowe wyraża się tem, że chory bezustannie znajduje się w ruchu, wykrzykuje słowa bez związku, zaczepia innych chorych i pokazuje im swoje części rodne. Zauważyć się daje przytem znaczne osłabienie pamięci do tego stopnia, że chory nie pamięta, co jadł poprzedniego dnia na obiad. W czasie pobytu chorego w szpitalu stan jego pod względem umysłowym przez długi czas pozostawał bez zmiany. Parokrotnie zanotowano przemijającą nierównomierność źrenic: prawa źrenica bywała szerszą od lewej. Od początku czerwca tegoż roku chory począł się powoli uspokajać, a wreszcie 17-go czerwca został na żądanie żony wypisany ze szpitala ze stanem umysłu względnie zadowolającym. Rozpoznanie w szpitalu Jana Bożego nie zostało ustalonym.

30-go grudnia chory w stanie nawpół przytomnym przywieziony został do szpitala na Pradze i umieszczony na oddziale dra ZIELIŃSKIEGO. Z karty szpitalnej zaczerpnąłem następujące wiadomości. Od żony chorego dowiedziano się, że cierpienie jej męża trwa już około jednego roku. Zaczęło się od wielkiej zmienności usposobienia, przyczem przez pewien czas bywał on spokojnym, smutnym, przygnębionym, to znów nadzwyczaj podnieconym i rozmownym, rzucał się przytem poprostu na kobiety, nie zważając na obecność żony. Na-



stępnie okres podniecenia płciowego zastąpiony został przez okres zupełnej płciowej apatii. Obowiązki swoje służbowe zaczął źle wypełniać, tracił pamięć, często mówił bez związku. Po dwumiesięcznym pobycie w szpitalu Jana Bożego objawy osłabienia władz umysłowych zaczęły się szybko posuwać, chory coraz bardziej tracił pamięć, potrzebował godziny czasu na to, ażeby położyć swój podpis, często ginął bez wieści na przeciąg 2—3 dni, a kiedy go odprowadzano, lub przynoszono do domu, nie pamiętał zupełnie co się z nim przez ten przeciąg czasu działo. Chory ożenił się 2 lata temu i posiada dwoje dzieci zdrowych.

Badanie chorego w czasie pobytu w szpitalu dało następujące wyniki. W dziedzinie duchowej stwierdzono znaczne osłabienie władz umysłowych. Nazwisko swoje, imię żony i stosunki rodzinne chory pamięta, nie wie jednak gdzie mieszka, rachować nie umie, pisać nie chce albo nie może, oddzielne litery wypisuje charakterystycznym, drżącym pismem. Mówi cichym, monotonnym głosem, opuszczając oddzielne litery, całe zgłoski, na pytania odpowiada z trudnością, powolnie, zatrzymując się i jakby szukając słów. Często bieg myśli zatrzymuje się i chory raptem przestaje mówić. Według niego, cierpienie jego jest gorączkowe i zaczęło się miesiąc temu; z zajmowanej posady wydano go na skutek niemożności wypełniania obowiązków. Budowa chorego prawidłowa, lecz słaba, odżywienie mocno podupadłe, gruczoły pachwinowe nieznacznie powiększone, na *praeputium penis* znaleziono powierzchowną, białą bliznę. W narządach wewnętrznych żadnych zmian widocznych nie znaleziono. W czynnościach układu nerwowego znaleziono następujące zaburzenia. W dziedzinie ruchowej zanotowano znaczne osłabienie siły mięśniowej lewej kończyny górnej i lewej dolnej ze wzmożonym napięciem mięśni, przytem w lewej kończynie górnej znaleziono przykurczenie (*contractura*) w stawie łokciowym i mniej znaczne w barkowym. W obydwóch kończynach górnych znaleziono występujące przy ruchach drganie zamiarowe z drobnymi wahaniami. Chód paretyczny, niepewny, z powłóceniem lewą nogą. Stanie ze zbliżonymi stopami przy otwartych oczach jako tako możliwe, przy zamkniętych oczach niemożliwe, gdyż zaraz następuje utrata równowagi. W dziedzinie czuciowej widocznych zaburzeń nie znaleziono, jednakże badanie tej dziedziny nie mogło być dokładne ze względu na stan chorego. Odruchy kolanowe zniesione, ze skórnych udało się wywołać odruch brzuszny i podeszwowy, odruchu na *m. cremaster* brak z obydwóch stron. Czynność oddawania moczu i kału bardzo utrudniona, według słów chorego mocz czasami bywa zatrzymany. W dziedzinie nerwów czaszkowych znaleziono następujące zaburzenia. Żrenice nierównomierne, prawa znacznie szersza od lewej, odruchy obydwóch na światło bardzo słabe, na akomodację nieco lepsze. Ruchy gałek ocznych prawidłowe. Ruchy mimiczne zachowane. Zauważyć się dają drobne drgania powiek. Język wysuwany jest z trudnością, stwierdzono drgania jego *en masse* i drgawki włókienkowe. 6-go stycznia 1900 r. na krzyżu chorego utworzyła się powierzchowna odleżyna na niewielkiej przestrzeni. Chory znacznie wychudł i osłabł. Mocz i kał oddaje stale pod siebie.

20-go stycznia utworzyła się odleżyna w okolicy *trochanter sinister et dexter*; na krzyżu odleżyna rozszerzyła się i pogłębiła, obnażając kość krzyżową.

3-go lutego utworzyła się zgorzel na obydwóch piętach i dużych palcach nóg.

8-go lutego 1900 r. Chory zmarł.

Rozpoznawano paraliż postępowy wraz z cierpieniem rdzenia.

Protokół, dotyczący badania pośmiertnego, zwłok brzmi jak następuje: Skóra blada na ogół, na krzyżu i na biodrach uszkodzenia skóry i tkanki podskórnej, brzegi uszkodzeń nekrotyczne, na piętach i na dużych palcach u nóg czarne nekrotyczne przestrzenie. Kość krzyżowa obnażona, pozbawiona okostnej. Serce wiotkie, *in diastole*, mięsień lewej komory blady, żółtawy. Na aorcie drobne żółte punkty, nieco wystające nad poziom *intimae*. W płucach, opłucnej i narządach w jamie brzusznej żadnych zbroczeń nie znaleziono. Na błonie śluzowej pęcherza moczowego znaleziono ślady przewlekłego zapalenia, ściany pęcherza zgrubiałe. Czaszka prawidłowego kształtu, szwy czaszkowe zupełnie skostniałe. Opona twarda bez zmian patologicznych. Opony miękkie zgrubiałe, mętne, obrzęknięte, zdejmują się dosyć łatwo. Naczynia mózgowe *in fossa Sylvii* otoczone błonami, same naczynia zwężone, na ściankach ich widać stwardniałe miejsca (*sclerosis*). Naczynia ependymy rozszerzone, powierzchnia jej szorstka, nierówna. Mózg blady, bezkrwisty, obrzęknięty. Mózdzek zmian żadnych nie przedstawia. Opony rdzeniowe przekrwione, nieprzyrośnięte. Rdzeń na ogół scieżczały. W dolnej części grzbietowej i w lędźwiowej widać miejscami na przekroju krwotoki, miejscami żółto-szare zabarwienie istoty szarej; kanał centralny miejscami rozszerzony, słupy białe bez zmian. Konsystencya rdzenia raczej zwiększona.

Na podstawie powyższych danych postawiono rozpoznanie anatomiczne: *Leptomeningitis chronica, myelitis chronica centralis*.

Do zbadania drobnowidzowego otrzymałem utrwaloną w 10% formalinie część rdzenia, poczynając od piątego odcinka grzbietowego do 2-go lędźwiowego włącznie. Po dalszem utrwaleniu kawałków tego rdzenia w płynie MÜLLER'a, *respective* w alkoholu, zastosowałem następnie metodę MARCHI'ego, metodę NISSEL'a, WEIGERT'a oraz zabarwienie karminem i hematoksyliną alunową. Badanie drobnowidzowe skrawków dało następujące wyniki.

Skrawki, zabarwione według metody NISSEL'a.

W V-ym odcinku grzbietowym widać dobrze zachowane komórki nerwowe w istocie szarej o kształtach prawidłowych z normalnie zabarwionymi ciałkami NISSEL'a, jądrem i jąderkiem. W istocie szarej, a zwłaszcza w tylnych rogach oraz w istocie białej w słupach tylnych i w tylnej połowie słupów bocznych widać zwiększenie liczby jąder neuroglii, zwłaszcza w okolicy naczyń. Liczba naczyń w istocie szarej zwiększona; są one rozszerzone i szczelnie wypełnione krwią; u podstawy lewego rogu przedniego istoty szarej widać niewielki wylew krwawy. W istocie białej w słupach tylnych i bocznych, głównie w tyl-

nej ich połowie widać również rozszerzenie i zwiększenie liczby naczyń, szczególnie wypełnionych krwią; ogromne zwiększenie liczby naczyń i rozszerzenie ich widać zwłaszcza w prawym słupie bocznym, w miejscu, odpowiadającym bocznemu pęczkowi piramidalnemu. Kanał centralny zamknięty, na jego miejscu widać dużą grupę skupionych jąder owalnych. W IX-ym odcinku grzbietowym widać również zupełnie normalne komórki nerwowe w istocie szarej. W tylnych rogach istoty szarej, w słupach tylnych i w tylnej połowie słupów bocznych, widać zwiększenie liczby jąder neuroglii. Liczba naczyń w całej istocie szarej w słupach tylnych i bocznych, a zwłaszcza w tylnej ich połowie zwiększona, naczynia te znacznie rozszerzone i przeważnie szczelnie wypełnione krwią. Kanał centralny znacznie rozszerzony, wysłany jest szeregiem komórek cylindrycznych, po za którymi widać w wielu miejscach grupy skupionych owalnych jąder.

#### Skrawki, zabarwione według metody MARCHI'ego.

W VI-ym odcinku grzbietowym znajdujemy w obydwóch połowach przekroju rdzenia rozsiane włókna zwyrodniałe na całym obwodzie słupów przednio-bocznych, we wnętrzu całej tylnej połowy słupów bocznych i w słupach tylnych. W pozostałej części istoty białej, t. j. w słupach przednich i w przedniej połowie słupów bocznych i w *comissura anterior alba* znajdujemy również większą liczbę zwyrodniałych włókien, niż to bywa normalnie. Zwyrodnienie włókien myelinowych w obydwóch połowach przekroju wyrażone jest najsilniej w wązkim zewnętrznym pasie pęczka BURDACH'a, zwłaszcza w środkowej części tego pasa, mniej posunięciem jest zwyrodnienie w pozostałej części słupów tylnych i w tej części słupów bocznych, która odpowiada bocznym pęczkom piramidalnym. Najsłabiej wyrażone zwyrodnienie znajdujemy na obwodzie słupów przednio-bocznych i w pozostałej części tych słupów. Przy powiększeniu silniejszym (*Zeiss okular 2. obiektyw D=×240*) widzimy w słupach tylnych i w tylnej połowie słupów bocznych masę komórek ziarnistych w postaci czarnych, okrągłych tworów, w których przy pokręcaniu śrubą mikrotomu odkrywamy budowę ziarnistą. Oprócz tych czarnych spotykamy również w wielkiej liczbie bledsze komórki ziarniste, w których wyraźnie widać czarne ziarenka rozpadłej myeliny. W całym wreszcie polu widzenia widać masę swobodnie leżących drobnych czarnych ziarneczek rozpadłej myeliny.

W wielu miejscach komórki ziarniste zebrane są w okolicy naczyń, otaczając je koncentrycznymi kręgami lub pasmami podłużnymi i jakby oblepiając ich ściankę. W wązkich zewnętrznym pasach pęczków BURDACH'a widać przytem znaczne zmniejszenie liczby normalnych włókien myelinowych w innych zaś miejscach zauważyć tego nie można.

Charakter zmian histo-patologicznych na obwodzie słupów przednio-bocznych, oraz w pozostałej części tych słupów i w *comissura anterior* jest inny. Widzimy tam jedynie czarne, wielkie, jednolite bryłki zwyrodniałej myeliny o kształtach nieregularnych, chociaż i tu gdzieś w okolicy naczyń widać komórki ziarniste lub grupy drobnych ziarenek rozpadłej myeliny.

Naczynia w istocie szarej oraz w białej w słupach bocznych, a zwłaszcza w słupach tylnych, są rozszerzone i wypełnione krwią. Kanał centralny, nie rozszerzony. W VII-ym odcinku grzbietowym obraz zmienia się tylko o tyle, że kanał centralny jest rozszerzony w postaci szczeliny, rozciągniętej w kierunku czołowym (frontalnym) z zatokami na końcach w kierunku sagitalnym. Na ogół posiada on kształt znaku |—|; cały obwód jego wysłany jest komórkami cylindrycznymi.

W X-ym odcinku grzbietowym obraz zmian histo-patologicznych różni się od opisanych poprzednio tylko tem, że nie widać tu już tak silnie wyrażonego zwyrodnienia w wązkich zewnętrznych pasach pęczków BURDACH'a, przylegających do tylnych rogów. Kanał centralny znacznie rozszerzony, posiada mniej więcej postać prostokąta, ułożonego skośnie w *comissura grisea*; cały obwód jego wysłany jest nabłonkiem cylindrycznym.

W XII-ym odcinku grzbietowym obraz zmian histo-patologicznych na ogół ten sam, co w odcinku poprzednim. U podstawy prawego rogu tylnego istoty szarej widzimy wylew krwawy.

W istocie szarej widać w paru miejscach grupy czarnych, jednolitych bryłek rozpadłej myeliny. Kanał centralny rozszerzony w kierunku czołowym, gdzieś tylko na obwodzie wysłany jest nabłonkiem cylindrycznym; poza tem otoczony jest grupami owalnych jąder. W jednym miejscu widzimy w takiej grupie, jak komórki te ułożyły się w szczególny sposób, tworząc obraz, jakby przekroju poprzecznego przewodu gruczołowego z światłem pośrodku.

Skrawki, zabarwione według metody WEIGERT'a [modyfikacja WOLTERS'a].

W V-ym, VI-ym, VII-ym, VIII-ym odcinkach grzbietowych widzimy prawie jednakowy obraz zmian histo-patologicznych. Mianowicie, przy słabszym powiększeniu (*Zeiss okular 2. obiektyw AA=×50*) widzimy w obydwóch połowach przekroju jaśniej zabarwione pasy w wewnętrznej części pęczków BURDACH'a, ciągnące się wzdłuż tylnych rogów istoty szarej. W V-ym i VI-ym odcinku wyraźniejszym i szerszym jest pas taki w lewej połowie przekroju, w VII-ym odcinku zaś — w prawej połowie; w VIII-ym odcinku pasy te są na ogół węższe, mniej wyraźne i jednakowe w obydwóch połowach przekroju, wreszcie w górnej części IX-go odcinka grzbietowego pasy te są zaledwie widoczne i nikną zupełnie w dolnej części tegoż odcinka. Przy powiększeniu silniejszym (*Zeiss okular 2. obiektyw D.=×240*) widzimy w tych jaśniej zabarwionych pasach znaczne zmniejszenie liczby normalnie zabarwionych włókien myelinowych. Na niektórych skrawkach widzimy przytem w okolicy rozszerzonych naczyń niejasne kontury komórek ziarnistych sinego koloru z ciemniejszymi ziarenkami we wnętrzu. W pozostałych odcinkach t. j. w X-ym, XI-ym i XII-ym grzbietowym oraz w I-ym, II im lędźwiowym nie znajdujemy widocznego zwyrodnienia włókien myelinowych w istocie białej. We wszystkich odcinkach na około kanału centralnego widzimy jasno zabarwiony szeroki krąg, w którym włókien myelinowych wcale nie znajdujemy. Krąg ten

rozszerza się i zwęża w miarę rozszerzenia lub zwężenia centralnego kanału.

We wszystkich odcinkach znajdujemy zwiększenie liczby i rozszerzenie naczyń w całej istocie szarej [w V, VI, VII i VIII-ym odcinkach grzbietowych, głównie w rogach tylnych], poza tem zwiększenie liczby i rozszerzenie naczyń znajdujemy również w słupach bocznych i tylnych istoty białej. Na jednym ze skrawków z XI-go odcinka grzbietowego widzimy podwójny kanał centralny. Położone w prawej i lewej połowie przekroju, obydwa kanały na całym obwodzie wysłane są komórkami cylindrycznymi; zjawisko to jednak istnieje na tak niewielkiej przestrzeni, że na skrawkach sąsiednich już go nie widać; widzimy tam jedynie wgłębiające się w światło rozszerzonego w kierunku poprzecznym kanału wyrostki o budowie włóknistej.

Skrawki, zabarwione hematoksyliną alunową.

W V-ym odcinku grzbietowym widzimy znaczne zwiększenie liczby naczyń w całej istocie szarej, a zwłaszcza w środkowej jej części, w okolicy kanału centralnego i w rogach tylnych. Naczynia te są znacznie rozszerzone i niektóre szczerlnie wypełnione krwią. Około-naczyniowe przestrzenie limfatyczne również są rozszerzone; w wielu miejscach widać nowoutworzone naczynia włosowate. Gdziekolwiek w istocie szarej widać drobne wylewy krwawe. W istocie białej widać również zwiększenie liczby i rozszerzenie naczyń w słupach bocznych i tylnych, zwłaszcza w wązkich zewnętrznych pasach pęczków BURDACH'a, ciągnących się zdłuż tylnych rogów i w tylnej połowie słupów bocznych. Liczba jąder neuroglii zwiększona jest w tylnych rogach istoty szarej i w wązkich zewnętrznych pasach pęczków BURDACH'a, zwłaszcza w okolicy naczyń; jednakże i w pozostałej części słupów tylnych oraz w tylnej połowie słupów bocznych widać zwiększenie liczby jąder neuroglii w okolicy naczyń. Jądra te spotykamy w dwóch postaciach: jedne są mniejsze, zupełnie okrągłe, równomiernie ciemno-zabarwione, inne zaś znacznie większe, okrągłe, owalne lub podłużne, jaśniej zabarwione wykazują budowę ziarnistą. Na miejscu kanału centralnego widać dużą grupę skupionych jąder owalnych, jasno zabarwionych o budowie ziarnistej; pośród tej grupy jąder widać światło kanału w postaci niewielkiej szczeliny.

W VI-ym i VIII-ym odcinku grzbietowym obraz zmian histo-patologicznych jest wogóle ten sam, co w odcinku poprzednim, zmienia się tylko szerokość i konfiguracja kanału centralnego. W VI-ym odcinku grzbietowym kanał centralny na całej przestrzeni jest nieco rozszerzony; w górnej części tego odcinka posiada on kształt szczeliny, wyciągniętej w kierunku czołowym [frontalnym], w dolnej zaś części odcinka w kierunku sagitalnym. Obwód jego nie jest nigdzie wyłożony nabłonkiem cylindrycznym, natomiast otoczony jest grupami jąder owalnych.

W VII-ym odcinku grzbietowym kanał centralny również jest rozszerzony. W górnej części tego odcinka posiada on kształt szczeliny, położonej skośnie, w dolnej zaś części odcinka posiada postać szczeliny poprzecznej. Obwód kanału miejscami wyłożony jest szeregiem komórek cylindrycznych, miejscami, zaś ścianka kanału posiada budowę włóknistą; w okolicy kanału widać grupy

owalnych jąder. Ścianki kanału nie są równe, lecz posiadają wgłębienia i wypukliny; wypukliny te wdrażają się w światło kanału i miejscami, zrastając się ze sobą, dzielą kanał centralny na dwie połowy.

W VIII-ym odcinku grzbietowym rozszerzenie i zwiększenie liczby naczyń w tylnych rogach istoty szarej nie jest już tak znaczne, jak w odcinkach poprzednio opisanych; wogóle jednak w całej istocie szarej liczba naczyń jest zwiększona; na niektórych skrawkach widać ogromną liczbę znacznie rozszerzonych i wypełnionych krwią naczyń w rogach przednich. W istocie białej zwiększenie liczby i rozszerzenie naczyń widocznem jest w słupach tylnych i bocznych, zwłaszcza w tylnej ich połowie. Liczba jąder neuroglii zwiększona jest w okolicy tych rozszerzonych naczyń w słupach tylnych i w tylnej połowie bocznych, w wązkim zewnętrznym pasie pęczka BURDACH'a. W lewej połowie przekroju rdzenia widać jeszcze znaczne zwiększenie liczby jąder; w prawej połowie przekroju zwiększenie to nie jest już tak znaczne. W skrawkach z górnej części tego odcinka widać na miejscu centralnego kanału grupę skupionych jąder owalnych z otworem w postaci szczeliny pośrodku tej grupy. W skrawkach pochodzących ze środkowej części tego odcinka, kanał centralny jest znacznie rozszerzony, posiada mniej więcej kształt prostokąta, cały obwód jego wysłany jest szeregiem komórek cylindrycznych, które miejscami ułożone są w dwa rzędy i po za którymi widać miejscami grupy skupionych jąder owalnych. Wreszcie w skrawkach, pochodzących z dolnej części odcinka, kanał centralny posiada kształt szczeliny, rozszerzającej się miejscami i wyciągniętej to w kierunku podłużnym, to w kierunku poprzecznej osi przekroju rdzenia. Obwód kanału jest również na całej przestrzeni wysłany szeregiem komórek cylindrycznych, ścianki jego są bardzo nierówne, miejscami wysła on zagłębienia w istotę szarą rdzenia, które robią wrażenie przekrojów podłużnych gruczołu. W okolicy kanału widać sporo owalnych jąder, które miejscami zebrane są w grupy po za szeregiem komórek cylindrycznych.

W IX-ym odcinku grzbietowym, w górnej jego części widać znaczne zwiększenie liczby i rozszerzenie naczyń w istocie szarej, zwłaszcza w prawym rogu przednim. W istocie białej najwięcej naczyń widać w słupach bocznych, zwłaszcza w prawej połowie przekroju; w słupach tylnych liczba naczyń jest znacznie mniejsza. W dolnej części tegoż odcinka liczba naczyń w istocie szarej jest również zwiększona, zwłaszcza w okolicy centralnego kanału. W istocie białej liczba naczyń w słupach bocznych i tylnych jest wprawdzie nieco zwiększona, lecz nie w tak znacznym stopniu, jak w skrawkach poprzednich. Liczba jąder zwiększona jest w istocie szarej i w słupach tylnych oraz w tylnej połowie słupów bocznych. W okolicy naczyń nie widać tu już jednak wcale tak znacznego zwiększenia liczby jąder w zewnętrznych częściach pęczków BURDACH'a, jakie widzieliśmy w poprzednich odcinkach. Kanał centralny w skrawkach, pochodzących z górnej części tego odcinka, posiada postać długiej, wąskiej szczeliny, rozciągniętej skośnie w kierunku od podstawy lewego rogu przedniego ku podstawie prawego rogu tylnego; jest on prawie na całym obwodzie wysłany szeregiem komórek cylindrycznych, po za którymi widać miejscami

grupy owalnych jąder. Ścianki kanału są bardzo nierówne i zagłębiają się miejscami w istotę rdzenia. W skrawkach, pochodzących ze środkowej części tego odcinka, kanał centralny jest ogromnie rozszerzony, tak, że zajmuje całe spoidło szare; posiada kształt mniej więcej okrągłego otworu. Obwód jego na całej przestrzeni wysłany jest szeregiem komórek cylindrycznych, ścianki są dosyć równe. W okolicy kanału widać sporo rozsianych jąder owalnych, które nigdzie jednak nie są zebrane w skupione grupy. Wreszcie w skrawkach, pochodzących z dolnej części odcinka, kanał centralny przybiera znowu kształt szczeliny, wyciągniętej w kierunku ukośnym od podstawy prawego rogu przedniego ku podstawie lewego rogu tylnego; cały obwód jego wysłany jest szeregiem komórek cylindrycznych.

W X-ym, XI-ym i w XII-ym odcinkach grzbietowych obraz zmian histopatologicznych jest wogóle ten sam, co w odcinku poprzednim, zmienia się tylko szerokość i kształt kanału.

W górnej części X-go odcinka grzbietowego kanał centralny posiada kształt szczeliny, wyciągniętej w kierunku poprzecznym, w dolnej zaś części odcinka jest znacznie rozszerzony i przybiera kształt mniej więcej okrągłego otworu. Na całej długości tego odcinka cały obwód kanału wysłany jest szeregiem komórek cylindrycznych. Ścianki kanału są bardzo nierówne, miejscami zagłębiają się znacznie w istotę rdzenia. W całej okolicy kanału widać sporo jąder owalnych, które miejscami zebrane są w grupy.

W górnej części XI-go odcinka grzbietowego kanał centralny posiada kształt szerokiego, mniej więcej okrągłego otworu, wysłanego na całym obwodzie szeregiem cylindrycznych komórek. W dolnej części tegoż odcinka kanał centralny przedstawia się w postaci szczeliny, wyciągniętej w kierunku poprzecznym. Obwód jego miejscami tylko wysłany jest szeregiem komórek cylindrycznych. Ścianki jego są nierówne, miejscami wgłębiają się w istotę rdzenia lub w światło kanału; na jednym ze skrawków z środkowej części odcinka kanał centralny przedzielony jest szerokim pasem tkanki włóknistej na dwie połowy: prawą i lewą. W XII-ym odcinku grzbietowym kanał centralny posiada kształt szczeliny, wyciągniętej w kierunku poprzecznym, przyczem ścianki jego zagłębiają się w wielu miejscach w istotę rdzenia, tworząc szczeliny boczne, znajdujące się w związku z główną. W górnej części odcinka cały obwód kanału wysłany jest szeregiem komórek cylindrycznych; poniżej komórek tych brak miejscami na obwodzie, w miejscach tych znajdujemy natomiast grupy skupionych jąder owalnych. Wreszcie w dolnej części odcinka nie widać już zupełnie komórek cylindrycznych na obwodzie kanału, cały natomiast obwód jego otoczony jest grupami skupionych jąder owalnych, przyczem największe grupy tych jąder widzimy na prawym i lewym krańcu kanału.

W 1-ym odcinku lędźwiowym obraz histopatologiczny zmienia się o tyle, że w słupach bocznych i tylnych istoty białej liczba naczyń zmniejsza się stopniowo w kierunku ku dolnej części odcinka. Kanał centralny w odcinku posiada postać bardzo wąskiej szczeliny, wyciągniętej w kierunku poprzecznym. W ściance kanału nie widać nigdzie komórek cylindrycznych a jedynie masę

jąder owalnych, zbitych w grupy; największe grupy tych jąder widzimy na końcach kanału; w dolnej części odcinka widzimy dwie grupy owalnych jąder w prawej i lewej połowie przekroju, w każdej z tych grup widoczna jest niewielka szczelina, pośrodku zaś między temi grupami widzimy wydłużoną mniejszą grupę owalnych jąder.

W II-im odcinku łądzwiowym liczba naczyń w istocie szarej i białej jest znacznie mniejsza niż w odcinkach poprzednich. Kanał centralny posiada tą samą postać, co w dolnej części poprzedniego odcinka. Miejscami na obwodzie szczeliny, reprezentującej kanał centralny, widać parę komórek cylindrycznych.

#### Skrawki zabarwione karminem.

W V-ym odcinku grzbietowym widać zgrubienie siatki neuroglii w słupach tylnych, zwłaszcza w wązkich pasach zewnętrznych pęczków BURDACH'a, ciągnących się wzdłuż tylnych rogów [w lewej połowie przekroju pas ten jest szerszy i widoczniejszy] oraz w tylnej połowie słupów bocznych. Zmiana ta widoczną jest już przy powiększeniu słabszem, dzięki ciemniejszemu zabarwieniu odpowiednich miejsc na przekroju rdzenia. Przy powiększeniu silniejszym widać w tych miejscach, oprócz znacznego nieraz zgrubienia siatki neuroglii, zmniejszenie ilości wyrostków osiowych. W oczkach siatki widać przytem wiele komórek ziarnistych, zwłaszcza w okolicy naczyń. W całej istocie szarej, w słupach tylnych i w tylnej części słupów bocznych widać znaczne zwiększenie liczby naczyń. Liczba naczyń zwiększona jest zwłaszcza w okolicy centralnego kanału, gdzie spotykamy również wiele nowoutworzonych naczyń włoskowatych. Naczynia te są wogóle rozszerzone i po większej części szczelnie wypełnione krwią. Ścianki niektórych naczyń są nieco zgrubiałe, zwłaszcza *adventitia*. Okolonaczyniowe przestrzenie limfatyczne są rozszerzone. Na środku brzegu zewnętrznego lewego rogu przedniego widać niewielki wylew krwiwy w okolicy naczynia. W okolo kanału centralnego widać zwiększenie liczby włókien neuroglii w postaci szerokiego kręgu, otaczającego kanał. Na jednym ze skrawków z górnej części tego odcinka widać, że kanał centralny podzielony jest na dwie połowy przez wązkie pasmo włókien.

W następnych odcinkach aż do IX-go grzbietowego obraz zmian histopatologicznych zachowuje wogóle ten sam charakter. W istocie szarej widać tu i owdzie niewielkie wylewy krwawe. W miarę rozszerzenia kanału centralnego zwiększa się i otaczający go krąg zgęszczonych włókien neuroglii, tak że zajmuje on nieraz całe spoidło szare, a nawet wdraża się w spoidło białe i w wierzchołek słupów tylnych.

W IX-ym odcinku grzbietowym obraz zmienia się o tyle, że rozrost neuroglii w słupach białych staje się mniej widocznym, aczkolwiek widać jeszcze ciemniej zabarwione pasy wzdłuż rogów tylnych.

W X-ym odcinku grzbietowym pasów tych już nie widać, wogóle jednak w słupach tylnych i w tylnej połowie słupów bocznych widocznym jest jeszcze wzrost neuroglii. W XI-ym odcinku grzbietowym rozrost neuroglii w istocie białej staje się coraz mniej widocznym. Na wielu skrawkach z tego odcinka



widać jak w światło rozszerzonego kanału centralnego wrastają z jego ścianek wyrostki o budowie włóknistej, na innych zaś skrawkach, widać, że kanał centralny został przez te wyrostki rozdzielony na dwie płowy.

W XII-ym odcinku grzbietowym widać już tylko nieznaczny rozrost neuroglii w tylnej połowie słupów bocznych.

W I-ym i II-im odcinku lędźwiowym żadnych zmian w istocie białej nie spostrzegamy. Liczba naczyń w istocie szarej jest jednak widocznie zwiększona, zwłaszcza w okolicy centralnego kanału. [D. n.]

## TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE.



Posiedzenie z dnia 4. III. 1902.

1). FR. NEUGEBAUER przedstawił potworka z *meningocoele bilateralis*.

2). BRUDZIŃSKI przedstawił dziewczynkę 3-letnią z *exostosis multiplex*, siostrę chłopca, przedstawionego na jednym z posiedzeń poprzednich, obciążonego takim samym cierpieniem. Wyrosła kostne występują w tym przypadku również na żebrach, na *radius*, największe na *scapula*, są stosunkowo znacznie mniejsze, zależnie od wieku dziecka, rosną bowiem wraz z kośćcem (*exostoses de croissance*).

B. przedstawia 2 zdjęcia rentgenowskie wyrosli na kośćcu przedstawionego poprzednio w Tow. chłopca (na *tibia*, *fibula* i na *radius*). Wyrosła występują na fotografii bardzo wyraźnie.

3). BREGMAN przedstawił przypadek akromegalii. Chory lat 40; od lat 10-iu napady bólu głowy, w ostatnich czasach apatya, niemoc płciowa, zaburzenia wzrokowe. *Hemianopsia bilateralis*. Powiększenie rąk, nóg, twarzy, klatki piersiowej, języka. Na skórze liczne włókniaki. Błony śluzowe zgrubiałe. Zniesienie powonienia, przytępienie smaku. Odruchy kolanowe bardzo słabe. B. przypuszcza w danym przypadku istnienie nowotworu przysadki.

4). BORSUK przedstawił przedmiot (blaszkę do krawatu), usunięty z wielkimi trudnościami z przełyku dziecka rocznego, leżał bowiem na początku przełyku na wysokości *lig. ary-epiglott.* i pozostawał tam przez 10 tygodni. Początkowo była duszność i wymioty, później jedynie trudność ssania i chrapanie we śnie. Rzecz wyświetliła rentgenografia.

5). JÓZEF JAWORSKI wygłosił odczyt „O związku pewnych objawów ze strony nosa z narządami płciowymi kobietami“, pracę dokonaną przy współdziałaniu STANISŁAWA IWANICKIEGO, jako rinologa. Umieszczona w numerze bieżącym Gazety.

W dyskusyi SOKOŁOWSKI przyznaje, iż w pewnych przypadkach istnieje związek pomiędzy organami rodnymi a nosem, nie można jednak uogólniać tego wniosku i leczyć wszystkie dysmenoree na tej drodze. S. przypomina analogiczne losy leczenia astmy oskrzelowej zapomocą operacji w nosie. S. nie uznaje tak ścisłego różniczkowania poszczególnych punktów w nosie; sądzi, iż różne części błony śluzowej nosa stoją prawdopodobnie w związku z narządami płciowymi; wszak kokainizacyę, stosowaną w tych wypadkach, trudno ograniczyć do jednego tylko punktu.

JAKIMIAK przypomina niektóre szczegóły teorii FLISS'a (podkład anatomiczny łuku odruchowego).

TUCHENDLER zaznacza, że zna chorą, u której bóle w krzyżu ustaly po kokainizacyi nosa.

NUSBAUM przypomina, iż związek górnego odcinka narządów oddechowych z narządami płciowymi jest szeroko rozpowszechniony w naturze. Zmysł powonienia np. u niektórych zwierząt umiejscawia się w narządach płciowych. U zwierząt i u ludzi w stanie podniecenia płciowego rozszerzają się nozdrza.

LUBLINER nie sądzi, by nerwice zwrotne, z jam nosowych pochodzące, specjalnie odnosić należało do tego lub owego punktu; punkty zatem przez FLIESS'a wskazane nie zasługują na specjalne wyróżnienie, chyba jako najwięcej dostępne.

ŁOGUCKI zaznacza, że z 5-iu przypadków, leczonych metodą FLIESS'a w 3-ch otrzymał wyraźną poprawę.

BREGMAN uważa fakty, podane przez prelegentów, za zupełnie ustalone, co z punktu widzenia nerwicy obszerniej uzasadnia.

THIEME rozpatruje różne objawy i postaci miesiączkowania bolesnego, zaznaczając, że w wielu przypadkach oprócz nerwowości nie wykryć nie można.

LUXENBURG podnosi trudności wykrycia niezbędnego w tych sprawach łuku odruchowego.

FLATAU stara się nakreślić ów łuk odruchowy. Powstawanie bólów w krzyżu i w *hypogastrium*, występujące w *dysmenorrhoea*, można sobie w ten sposób wyobrazić: włókna czuciowe z *plexus uterino-vaginalis* są podrażnione podczas miesiączkowania; podrażnienie to biegnie do rdzenia, stąd po pewnych drogach wyszlifowanych do mózgu, gdzie powstaje ból z projekcją tegoż w okolicy krzyża lub brzucha. Obrzęk błony śluzowej nosa objaśnić można w ten sposób, że podrażnienie czuciowe z tegoż *plex. uter. vag.* biegnie poprzez rdzeń i następnie wywołuje odruchowo (zapomocą włókien sympatycznych) rozszerzenie naczyń nosowych — a więc zwykły odruch czuciowo-naczynioruchowy. Najtrudniej objaśnić znikanie bólów w krzyżu lub w *hypogastrium* na skutek wskazanych przez prelegentów zabiegów w punktach FLIESS'a.

Połączenie punktów FLIESS'a z pewnymi okolicami ciała da się wytłómaczyć zapomocą procesu fizjologicznego tworzenia się „dróg odruchowych wyszlifowanych”.<sup>7</sup> W każdym razie mamy tu do czynienia nie ze zwykłym odruchem, lecz z oddziaływaniem jednego nerwu czuciowego (*n. trigem.* w punktach FLIESS'a) poprzez korę mózgową i rdzeń na neurony czuciowe (w skórze krzyża i *hypogastrium*).

Prezes sądzi, iż miesiączkowanie bolesne i obrzęknięcie błony śluzowej nosa — to nie odruch. Tu bez wątplenia dużą rolę gra mózgowie. Podrażnienie muszli nosowej, jak każde podrażnienie zmysłowe, zwiększa napięcie energii pewnych komórek w mózgu, a stąd prąd nerwowy biegnie po najbardziej utorowanych drogach.

DASZKIEWICZ zapytuje, czy się prelegentowi udawało przez drażnienie odpowiednich punktów w nosie wywoływać bóle w krzyżu.

JAWORSKI w odpowiedzi wyświetla niektóre punkty, poruszone w dyskusji, zwłaszcza kwestyę specjalnych „miejsz płciowych” w nosie.

Posiedzenie z d. 18. III. 1902 r.

1. J. BRUDZIŃSKI przedstawił chłopca 8-letniego z prawostronnem sercem — *dextrocardia*. Uderzenie koniuszkowe serca nieco po za linią sutkową prawą. Rentgenografia wykazała brak cienia serca w lewej połowie klatki piersiowej.

2. A. KOZERSKI przedstawił: a) chorą lat 36 z nietypowymi owrzodzeniami przymiotowemi w nosie i na wardze górnej. Przypuszczenie K., iż miał tu do czynienia z cierpieniem przymiotowem potwierdzone zostało wynikami leczenia swoistego; b) chorą 67-letnią z chorobą DÜHRING'a. Cechują to cierpienie: 1) objawy czuciowe, 2) wielopostaciowość wysypki, 3) napadowy sposób rozwoju i 4) dobry stan ogólny, nieodpowiadający obfitości wysypki. U chorej

tej K. spostrzega drugi nawrót wysypki po kilkomiesięcznej przerwie. Wysypkę poprzedzają miejscowe dreszcze, swędzenie, pieczenie, a nawet bóle, dopóki wykwit nie wystąpi. Wysypka przedstawia się jako wielopostaciowy rumień z wieńcami pęcherzów (*bullae*) lub pęcherzyków (*vesiculae*), ustawionych w grupach lub w spółśrodkowych kołach (*herpes iris*). Pęcherze i pęcherzyki powstają przeważnie na czerwonym pasie wykwitów, występują jednak niekiedy i na normalnie wyglądającej skórze. K. przedstawił fotografię i schematyczne rysunki wykwitów.

3. R. SKOWROŃSKI przedstawił chorego lat 40, który od lat 8 cierpi na t. zw. skurcz DUPUYTREN'a, spowodowany skurczeniem się rozścięgni dłoniowego (*aponeurosis palmaris*). Cierpienie to, jak np. i w danym przypadku, zajmuje zwykle palce obu rąk. W początkowych okresach miesiąca i stałe wyprostowywanie palców zapomocą odpowiednich przyrządów dają dobre wyniki; w przypadkach zastarzałych uciec się należy do wycięcia całego rozścięgni dłoniowego.

4. ST. KOPCZYŃSKI przedstawia chorą, lat 58 (z oddziału dra PAWIŃSKIEGO), u której stwierdził afazję zmysłową (głuchota słowna), afazję amnestyczną — niemówność przypomnienia sobie nazwy przedmiotu, parafazję — przestawianie wyrazów, aleksję — nierozumienie czytanych wyrazów, afazję optyczną — nierozumienie znaczenia przedmiotów i hemianopsję prawostronną. Jako podkład anatomiczny w danym przypadku K. przyjmuje rozmiękczenie (w następstwie sprawy naczyniowej w tylnej odnodze trzeciej gałązki *art. fossae Sylvii sinistrae*) górnego, t. j. pierwszego zawoju skroniowego po stronie lewej.

5. S. BRONOWSKI wygłosił rzecz p. t. „Przypadek pierwotnego mięsaka osierdzia” (*sarcoma epicardii*).

B. przedstawił preparat serca chorej, zmarłej na jego oddziale w szpitalu Praskim. Serce jest w czwórnasób powiększone. Na osierdziu w okolicy uszka guz, składający się jakby z wielu polipowatych narośli. Cała pozostała powierzchnia osierdzia pokryta również mnóstwem guzów rozmaitej wielkości, nieraz wiszących na nóżce. Mięsień sercowy miejscami o połowę cieńszy, zmniejszenie komór i przedsionków. Zastawki bez zmian. Przy oględzinach pośmiertnych po otwarciu klatki piersiowej znaleziono: całe prawie śródpiersie przednie wypełnione chełboczącym, kulistym guzem wielkości co najmniej głowy 10-letniego dziecka; po otwarciu worka tego guza wylało się około 1 $\frac{1}{2}$  litra krwawego płynu. Badanie drobnowidzowe nowotworu wykazało — *lymphosarcoma epicardii*.

B. zwraca uwagę na trzy objawy, naprowadzające na myśl rozpoznania za życia nowotworów serca: 1) stałą duszność, wzmagającą się przy każdym najmniejszym ruchu, 2) bezskuteczność środków sercowych i pobudzających przy wrzekomem rozszerzeniu serca, 3) obecność krwawego płynu w jamie osierdzia przy braku objawów zapalenia tegoż.

W dyskusyi PAWIŃSKI podnosi rzadkość przypadku i trudności rozpoznawcze, które w podobnych przypadkach powodują często rozpoznanie wady zastawkowej serca lub prostej niedomogi serca. P. podnosi znaczenie spotykanej w tych razach duszności; w końcu rozpatruje częstość i jakość nowotworów, spotykanych w sercu i osierdziu.

SZTEYNER zaznacza, że rozpoznanie nie byłoby tak trudne, gdyby uwzględniano wszystkie metody badania, a zwłaszcza rentgenografię.

BRONOWSKI w odpowiedzi podnosi utrudnione warunki badania chorej wobec ciężkiego jej stanu.

6. J. PILZ wygłosił rzecz „O paradoksalnem oddziaływaniu żrenic na światło.“

Odczyt ten będzie drukowanym w Gazecie Lek.

J. Brudziński.

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

### 49. Joseph i Piorkowski. Przyczynek do nauki o laseczniku syfilisu.

W poszukiwaniach swych nad lasecznikiem syfilisu autorzy wyszli z następującego założenia: niejednokrotnie stwierdzano, że syfilytyk, aczkolwiek na oko zdrów i niemający żadnych objawów cierpienia, może зараzić kobietę, jeżeli ją zapłodni. Nieraz widzimy, że syfilytyk w 2—3 lata po zarażeniu się ma stosunki płciowe z kobietą zdrową, a jednak cierpienia swego jej nie udziela; z chwilą jednak zapłodnienia, zdarza się od czasu do czasu, że albo płód ulega zarażeniu, albo jednocześnie z nim i matka. Oczywiście, możliwość ta ma się w stosunku odwrotnym do okresu choroby mężczyzny i do racjonalnego leczenia.

Otóż zjawisko powyższe pozwala nam przypuszczać, że jad syfilytyczny znajduje się przeważnie w nasieniu, może nawet przebywa w niem dłużej, niż w innych sokach ustroju; w niem też J. i P. zaczęli szukać drobnoustrojów. Chcąc doświadczenia swe czynić w warunkach możliwie zbliżonych do warunków fizyologicznych, autorzy postanowili użyć łożyska, jako odżywki. Nasienie do pierwszego doświadczenia pochodziło od syfilytyka, który pomimo leczenia swoistego dotknięty był nawrotem wysypki skórnej w 10-y miesiąc swego cierpienia. Normalne łożyska wydobywano z zachowaniem możliwej jałowości, przechowywano w jałowych dużych szalkach podwójnych i badano, o ile są one wolne od zarodników. Następnie części łożyska, przeważnie ze strony macierzystej, zapomocą wyjałowionych narzędzi przenoszono do również wyjałowionych szalek PERRI'ego i obsiewano obficie świeżo wydzielonem nasieniem, poczem zostawiano przy 37° C. Jednocześnie w tymże celu użyto 2%-go agaru, bulionu, surowicy krwi i t. d.

Przy pierwszym doświadczeniu otrzymano wyniki nadspodziewane. Już pierwszego dnia na zasianem łożysku wystąpiły małe kolonie, nakształt kropel rosy, niewidoczne dla nieuzbrojonego oka; stopniowo przybierały one szare zabarwienie i mniej lub więcej zlewały się pomiędzy sobą. Barwienie częściowo wykazało obecność gronkowców. Natomiast badanie szarych kolonii, z początku pojedynczych, przeświecających nakształt kropel rosy, a później zlewających się, wykazało jedynie laseczniki.

Laseczniki te były przeważnie bulwowato zgrubiałe na jednym końcu i często ziarnisto zwyrodniałe. Przedewszystkiem uwydatniało się ich ułożenie sztachetkowate. Wielkość ich wynosiła 4—8  $\mu$  długości i 0,2—0,3  $\mu$  grubości. Na ogół miały postać laseczników dyfterytu i wielkość w przybliżeniu *bac. subtilis*. Przyjmowały łatwo barwniki, barwiąc się najlepiej fuksyną karbolową i fioletem gencyanowym.

Pomyślny wynik pierwszego doświadczenia skłonił autorów do poczynienia swych prób w najrozmaitszych kierunkach, celem przekonania się, czy nie pomylili się, przypisując tym lasecznikom pewną swoistość. W tym celu przede wszystkim dokonali bezpośredniego przeszczepienia nasienia syfilytycznego na bulion i 2%-wy agar. Probówki jednak albo pozostały zupełnie jałowe, albo też w bulionie rozwijał się znaczny osad, podczas gdy znajdujący się w probówce płyn lekko mętniał, *resp.* powstawały oddzielne szaro-białe, jak śluz błyszczące kolonie, składające się przeważnie z koków. Nigdy jednak, ani przy tem pierwszym doświadczeniu, ani przy następnych, nie udało się autorom otrzymać na bulionie i agarze laseczników, wykazanych na łożysku. Również nie udało się im znaleźć tych laseczników na łożyskach, które dla kontroli przez wiele dni pozostawały niezaszczepione w termostacie. Wynika więc stąd, że powyżej opisane laseczniki pochodziły od plemników i rozwijały się tylko na łożyskach. Zauważyć jednak należy, że późniejsze przeszczepianie z kolonii na łożysku, zawierających charakterystyczne laseczniki, na agar, agar z moczem

i surowicą krwi, udaje się pomyślnie. Otrzymujemy wtedy na agarze szarobiałą, woskową, mocno skupioną nalot, na którego tle wystają pojedyncze okrągłe kolonie; odwrotna strona nalotu jest lekko żółtawa. Zapomocą igły platynowej można nalot odjąć *in toto*. Hodowla, kłuta na żelatynie, przedstawia się jako silny biały rozrost z nieznaczną hodowlą powierzchowną. I ta błonka powierzchowna daje się odjąć w całości. Twory drugiego pokolenia jeszcze były podobne do tworów pierwszego. Laseczniki były ruchome, miały zwyrodniałą formę kolby, nie były odporne na kwasy i barwiły się metodą GRAM'a. Wzrost trzeciego pokolenia jest już słabszy. Laseczniki były mniejsze i podczas kiedy końce ich barwiły się jeszcze wyraźnie, część środkowa nie dawała się już rozpoznać tak wydatnie.

Występuje więc tu stan zwyrodnienia, który powtarzał się we wszystkich przypadkach późniejszych; podobne zjawisko mamy przy lasecznikach dyfterytu. Teraz jednak zaznaczyć należy ciekawy fakt, a mianowicie: jeżeli te zwyrodniałe laseczniki przeszczepimy na surowicę krwi, wtedy wystąpi tak piękny rozrost laseczników, jak gdybyśmy je świeżo wzięli z łożyska. Na skrzepłej surowicy krwi występowały pojedyncze błyszczące, białawe kolonie, które po 6—8 dniach zlekka zlewały się. Laseczniki, dzięki kulistym zgrubieniom na końcach, podobne są do maczugi. Na końcach daje się wykazać obecność ciałek metachromatycznych dzięki barwieniu, stosowanemu przez P. Szkielko pokrywkowe z preparatem, zabarwione błękitem metylowym LÖFFLER'a, ogrzewamy aż do zagotowania przeprowadzaniem przez płomień bunzenowski. Po 1-minutowym ostygnięciu odbarwiamy przez 5 sekund zapomocą 3%-go kwasu solnego w alkoholu, po opłukaniu wodą dobarwiamy na zimno roztoczoną [1%] fuksyną karbolową. Pod mikroskopem widać na biegunach wśród czerwonego lasecznika niebieskie ziarenka. Być może, że obecność ziarenek tych [zwanych metachromatycznymi lub ciałkami BABES-ERNST'a] jest w pewnym związku z jadowitością lub niejadowitością bakterii. Ciałka te szybko z laseczników znikają i stają się widocznymi dopiero po nowem przeszczepieniu.

Autorzy czynili swe doświadczenia z 22-ma syfilitykami i zawsze stwierdzali obecność wyżej opisanych laseczników w obfitości. Wyodrębnienie tych laseczników od towarzyszących im bakterii udawało się zarówno na agarze, jak i na surowicy krwi. W dalszym ciągu badań dały się wykazać jeszcze niektóre ich właściwości, a mianowicie: ścinają mleko, które staje się kwaśnym, gazu nie wytwarzają; w bulionie występuje indol; na kartoflu powstaje nalot wilgotnawy, błyszczący, biały z nielicznymi wzniesionymi koloniami; wszystkie te objawy rozwoju występują pomiędzy 15—20 godziną przy 37°. Ciepłota pokojowa zwalnia rozwój drobnoustrojów.

Laseczniki, pochodzące z kolonii, wyhodowanych na łożysku i zwyrodniałe w 2-em lub 3-em pokoleniu, przeszczepione na świeże, normalne łożysko, powracają do stanu normalnego, co można uważać za cechę, znamionującą wzmocnienie się ich jadowitości pod wpływem świeżej gleby odżywczej. To samo widzimy przy przeszczepianiu na surowicę krwi kolonii łożyskowych zwyrodniałych.

Dalsze doświadczenia wykazały, że w niektórych przypadkach otrzymali J. i P. laseczniki, szczepiąc świeżo wydzielone nasienie wprost na surowicy krwi, nie przeprowadzając go przez łożysko. Jednocześnie zajęli się badaniem nasienia zdrowego, pochodzącego od 4-ch osobników, którzy na żadne cierpienia weneryczne nigdy nie chorowali. Pomimo szczepień na łożyskach i na surowicy krwi nie udało się im wykryć znanych nam laseczników, co zdaje się wskazywać na pewną swoistość tych drobnoustrojów; znalezione zostały jedynie gronkowce i ciałka owalne, które często występują w nasieniu przy hodowli. Dalej poddano badaniom nasienie 4-ch syfilityków w okresie późniejszym, niezaraźliwym z identycznym wynikiem. Materiał badany zbyt był skąpy, ażeby dać wskazówki, jak długo po zarażeniu się znajdujemy jeszcze w nasieniu laseczniki i jaki wpływ na obecność ich wywiera leczenie swoiste.

Stwierdzono jedynie, że na łożysku, oblanem sublimatem [1<sup>o</sup>/<sub>100</sub>] laseczniki nie rozwijały się.

W jednym przypadku, w którym zarażenie nastąpiło przed 5-ma laty, znalezione zostały w nasieniu laseczniki; jednocześnie atoli chory, zapewne wskutek niedostatecznego leczenia się, miał wrzodziejącą wysypkę na uwłosionej skórze głowy.

Szczepienia, dokonywane na łożysku syfilitycznym, dawały kolonie, wolniej powstające i laseczniki, niewyraźnie przedstawiające się na preparatach; ciała biegunowe były w nich niewidoczne. Wnioskować stąd można, że zarażone łożysko nie stanowi dobrej gleby dla świeżego jadowitego nasienia.

Ważnem było dowiedzieć się, jak długo laseczniki trzymają się w nasieniu poza ustrojem ludzkim i czy wogóle związane są z plemnikami. Okazało się, że szczepienie na rozmaitych podłożach było bezowocne, skoro tylko plemniki były martwe, zwykle po 6—8 godzinach. Również nie można było znaleźć laseczników w dwu przypadkach *azoospermiae*. Zaznaczyć należy, że w dwu przypadkach znaleziono laseczniki te we krwi.

W końcu godne są uwagi zjawiska aglutynacyjne, wśród laseczników tych zachodzące. Zastanawia nas przede wszystkim pewna autoaglutynacja, występująca natychmiast po powstaniu kropli wiszącej i dochodząca do pełni po dodaniu surowicy krwi. Aglutynacja bywa zupełna nawet przy rozcieńczeniu surowicy do 1 : 40 i wyżej. Zjawisko to wskazuje, że bakterye poza łożyskiem nie znajdują dla siebie odpowiedniej odżywki. Właściwe tym drobno-ustrojom układanie się nakształ sztachetek jest w gruncie rzeczy też objawem aglutynacji, *resp.* początkiem zwyrodnienia. Również i osad, tworzący się w hodowli bulionowej [o czem było wyżej], jako też i nalot, występujący na hodowli agarowej — przemawiają za autoaglutynacją. Zdaje się, że bakterye te bardzo szybko wytwarzają produkty przemiany materji, niszczące ich protoplazmę. Wreszcie próbowali J. P. własności aglutynacyjnej surowicy krwi świni, której uprzednio zastrzykiwano podskórnie laseczniki. Skutek występował w kropli wiszącej nawet przy rozcieńczeniu surowicy do 1 : 40.

Odrębny sposób układania się laseczników odróżnia je od lasecznika wrzodu miękkiego. Należy tu dodać, że próby hodowania na łożysku laseczników z wyciętych wrzodów miękkich były bezowocne.

Czy lasecznik, przez autorów wykryty, jest rzeczywiście lasecznikiem syfilisu, orzec dziś trudno, gdyż o szczepieniu go ludziom nie może być mowy a sprawa zaszczerpienia syfilisu zwierzętom do dziś jest sporną. Szczepienia, dokonywane na myszach, świnkach morskich i królikach, nie dały żadnego wyniku. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1902. Nr. 12 i 13). *Wact. Sterling.*

## Wiadomości bieżące.

Program kursów dla lekarzy, które odbędą się od 7-go do 26-go lipca 1902 r. w Krakowie.

1) Prof. dr KOSTANECKI: Anatomia narządu moczopłciowego; między 7 a 12 lipca, codziennie od 5 do 6 wieczorem. Czesne 10 koron.

2) Docent dr ВОСНЕНЕК: Anatomia topograficzna klatki piersiowej i jamy brzusznej; 2 godziny tygodniowo. Czesne 10 koron.

3) Prof. dr CYBULSKI: Najnowsze teorye o unerwieniu serca. Ogółem 5 godzin. Czesne 10 koron.

4) Prof. dr STORCZAŃSKI: O sposobach badań chemicznych wydzielin i wydaliny ustroju ludzkiego i wynikach uzyskanych przez nie dla celów fizjopatologicznych; raz na tydzień po dwie godziny. Czesne 4 korony.

5) Prof. dr BUJWID: a) Praktyczne metody badania wody, powietrza i ważniejszych artykułów spożywczych. Ogółem 10 godzin. Czesne 10 koron. b) Rozpozna-

wanie najważniejszych bakterii i pasożytów. Ogółem 4 godziny. Czesne 4 korony.  
c) Szczepionki zapobiegawcze, ich badanie, oraz przyrządzanie. Ogółem 5 godzin. Czesne 5 korony.

6) Prof. dr KLECKI: Podstawy naukowe najnowszych kierunków terapeutycznych. Ogółem 6 godzin, od 6 do 7 wieczorem. Czesne 10 koron.

7) Prof. dr CIECHANOWSKI: a) Dyagnostyka anatomiczno-patologiczna; 7 godzin tygodniowo, od godziny 8 do 9 rano. Czesne 15 koron. b) Dyagnostyka mikroskopowa nowotworów; 3 godziny tygodniowo. Czesne 10 koron, [najwyżej dla 6 uczestników].

8) Prof. dr ŁAZARSKI: O nowszych lekach i lekach działających heroicznie; 5 godzin tygodniowo. Czesne 10 koron.

9) Prof. dr KORCZYŃSKI wraz z prof. drem JAWORSKIM: Kurs praktyczny dyagnostyki chorób wewnętrznych, z szczegółowem uwzględnieniem metod badania chemicznego, bakteriologicznego i drobnowidzowego; 3 razy tygodniowo, od godziny 8 do 10 rano. Czesne 12 koron.

10) Prof. dr KADER: a) Ćwiczenia kliniczne w badaniu i leczeniu chorych chirurgicznych z specjalnem uwzględnieniem ortopedyi; 3 razy tygodniowo, od godziny 12 do 2, Czesne 12 koron. b) Ćwiczenia operacyjne na zwłokach ludzkich i zwierzętach żywych; 3 razy tygodniowo od 12 do 2. Czesne 36 koron, [najwyżej dla 6 uczestników].

11) Prof. dr TRZEBICKI: Ćwiczenia w operacjach i opatrunkach chirurgicznych z uwzględnieniem potrzeb lekarzy praktycznych; 6 razy tygodniowo po 2 godziny. Czesne 24 korony.

12) Docent dr BOSSOWSKI: Chirurgia w zakresie niezbędnym dla lekarza wykonywającego praktykę; 5 godzin tygodniowo. Czesne 30 koron.

13) Prof. dr WICHEKIEWICZ: Ćwiczenia w rozpoznawaniu i leczeniu najważniejszych chorób ocznych, ćwiczenia w wziernikowaniu, demonstracye operacyi ocznych; 3 razy tygodniowo od 8 do 10 godziny rano. Czesne 12 koron.

14) Prof. dr JORDAN: Ćwiczenia w badaniu, rozpoznawaniu i leczeniu chorych ginekologicznych; 5 razy tygodniowo, od godziny 10 do 12. Czesne 20 koron, [najwyżej dla 20 uczestników; zamiejscowi mają pierwszeństwo].

15) Docent dr ROSNER: a) Ćwiczenia w badaniu ciężarnych, rodzących i położnic 5 razy tygodniowo; od 8 do 10 rano. Czesne 20 koron. b) O wskazaniach, warunkach i technice operacyi położniczych; 3 razy tygodniowo, od 5 do 6 wieczorem. Czesne 6 koron. Oba kursy najwyżej dla 20 uczestników; zamiejscowi mają pierwszeństwo.

16) Prof. dr JAKUBOWSKI: Pogląd na nowoczesne sposoby badania, rozpoznawania i leczenia chorób dzieci, wraz z demonstracyami na chorych w klinice i ambulatoryum pedyatrycznem; 5 godzin tygodniowo, od 9 do 10 rano. Czesne 10 koron.

17) Docent dr RACZYŃSKI: Nowsze metody leczenia chorób zakaźnych z szczególnem uwzględnieniem seroterapii i intubacyi. W pierwszym tygodniu 6 razy, od godziny 9 do 11, potem w miarę materiału. Czesne 24 korony.

18) Prof. dr REISS: Ćwiczenia praktyczne w rozpoznawaniu i leczeniu chorób skórnych i wenerycznych 4 razy tygodniowo, od godz. 9 do 10 rano. Czesne 8 koron.

19) Prof. dr WACHNOLZ: Ćwiczenia w badaniach i orzeczeniach sądowo-lekarskich; 2 razy tygodniowo, od godziny 12 do 1 $\frac{1}{2}$ . Czesne 6 koron.

20) Prof. dr ŻULAWSKI: Dyagnostyka chorób umysłowych; 5 razy tygodniowo, od godziny 10 do 12. Czesne 50 koron.

21) Prof. dr PIENIAŻEK: Kurs praktyczny o chorobach górnych dróg oddechowych z szczególnem uwzględnieniem ich zwężeń; 5 razy tygodniowo, od godziny 10 do 11 rano. Czesne 10 koron.

22) Prof. dr BROWICZ: Kurs otyatrii 5 razy tygodniowo, po godzinie. Czesne 10 koron.

23) Doc. dr ŁEPKOWSKI: Kurs wrywania zębów, 2 godziny tygodniowo. Czesne 10 koron.

Sanatorium międzynarodowe  
0—47 Szwajcarya, Davos - Dorf, Kant. Graubünden.

ZDROJOWISKO LETNIE I ZIMOWE.

Dyrektor D-r Med. Humbert

(dotychczasowy dyrektor Sanatorium Malvilliers).

Sanatorium pierwszorzędne z komfortem i z najnowszemi urządzeniami higienicznymi. Położenie piękne, słoneczne i od wiatrów zabezpieczone. Wielkie halle zwrócone na południe. Staranna opieka. Leczenie według zasad Brehmera i Dettweilera.

➔ Prospekty gratis przesyła dyrektor zakładu lub właściciel

**A. Hirsch.**

## NAŁĘCZÓW

zakład leczniczy dla chorych wewnętrznych i nerwowych (z wyjątkiem umysłowych). W sezonie zimowym ceny niższe (od 3 rb. 50 kop. dziennie).

Dyrektor Dr. A. Puławski,

0—35

Lekarz zakładu Dr. B. Malewski.

## MAGISTRA A. BUKOWSKIEGO

A p t e k a i P r a c o w n i a C h e m i c z n a

Marszałkowska Nr. 54.

poleca własnego wyrobu:

Ampulles cacodylliques № 1—2 i 3 po 1 ctm. sześć. Pudełko 10 szt. 1,50 kop.

Sirupus jodo-tannicus phosphatus stosowany w pedyatryi zamiast tranu, zawiera 0,2% jodu w połączeniu z garbnikami, 0,04% fosforu i 0,4% tlenku wapnia w stanie rozpuszczalnym. Cena flaszki 75 kop.

Sirupus Thymi cps. używa się w pedyatryi zamiast pertussiny niemieckiej przy kaszlu. Cena flaszki 60 kop.

Pastyłki: z Extr. Hydrastis sic. à 0,25, Haematogeni sicci à 0,3, Ferratini 0,1 c. Sol. Fowleri gutt 1, pokryte masą kakaową.

Glandulae parotis siccae w pastylkach à 0,3

Suppositoria i Solutio Supranenolini.

# KARLSBAD

D-r WŁ. MALESZEWSKI

ordynuje jak lat ubiegłych.

Alte Wiese „Drei Staffeln“.