

PRZEGLĄD CHOROÓB SKÓRNYCH I WENERYCZNYCH

REDAKTOR I WYDAWCA: Dr. FELIKS MALINOWSKI

MAZOWIECKA 4 m. 6.

TELEFON 74 04

Zeszyt następny (№ 3 i 4)
wyjdzie w Maju.



Gometol Magistra Klawe

kapsułki żelatynowe GOMETOL A zawiera: Ol. Santal, Salol, Metyhien-
blau. GOMETOL B: Ol. Santal, Urotroping, Salol. Stosują się 3-4 razy
dziennie po dwie kapsułki przy Gonorrh., Cystitis, Pyelitis i t. p.

LABORATORYUM APTEKI MAGISTRA H. KLAWE 10, Plac Św. Aleksandra, Warszawa.



Nagrodzone na wystawach
złotymi medalami i dyplomami uznania

Mydła przetłuszczone
hygieniczne i lecznicze

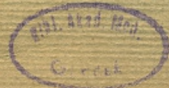
z zastosowaniem
najnowszych wskazań
nauki (jak Albuminowe,
Anthrasolowe i t. p.)

oraz środki higieniczno-kosmetyczne

wyrabia APTEKA

M. MALINOWSKIEGO

NOWY-SWIAT Nr. 35, w WARSZAWIE



Warszawskie Towarzystwo Akcyjne

„Motor”

Marszałkowska Nr 23.

Oddział Farmaceutyczny TELEFON 1809.

poleca:

Plastry smarowane, zwyczajne i kauczukowe.

Przetwory chemiczne i farmaceutyczne.

Barwniki do badań mikroskopowych.

Kataplazmy na sposób Hamiltona.

Kapiele z kwasu węglowego.

Czyste odczynniki chemiczne.

Tlen zgęszczony.

Nowe środki lecznicze.

Oddział Wód Mineralnych TELEFON 491.

poleca:

Wody mineralne sztuczne.

Sole do kąpieli mineralnych, kąpiele wydają się w Łazienkach Akcyjnych na Zjeździe.

Wody Normalne Lecznicze prof. d-ra Jaworskiego.

UWADZE P. P. LEKARZY.

Plastry smarowane zwyczajne i kauczukowe (na szpulkach) nie ustępujące wyrobom zagranicznym.

Plasterek Angielski przewyższający wyroby zagraniczne.

Opatrunki wyjałowione w ulepszonym opakowaniu z kontrolą syst. prof. Mikulicza.

Kataplazmy antyseptyczne i zabezpieczenia od gnicia i pleśni.

Plasterek rypurowy dziecienny (pępkowy).

Synapizma energicznie działające. Plaster Tatrzeński na odciski.

Gazy i waty antyseptyczne, bandaże oraz wszelkie materiały opatrunkowe.

poleca Fabryka środków opatrunkowych i pracownia sterylizacyjna

K. Strzeleckiego

Warszawa, ul. Sienna 33, telef. 48-90.

Na dostawy specjalne ceny.

1931 K. 846

I.

PRACA ORYGINALNA.

Z LABORATORYUM CHEMICZNO-BAKTERIOLOGICZNEGO
D-RA S. SERKOWSKIEGO.

**Badanie stopnia kwasowości moczu
i stosunek kwaśnych związków do zasadowych.**

Opracowali

S. Serkowski i W. Kraszewski.

„Z pośród wydzielin, przy pomocy których organizm uwalnia się od zbytecznych produktów, mocz ma największe znaczenie dla lekarza. Badanie moczu wyjaśnia nam nie tylko pracę nerek, ale także odżywianie organizmu, a bardzo często daje nam klucz do rozwiązania wielu zagadkowych zjawisk, jest dokładnym odzwierciedleniem przemiany materii i wskazuje na stan poszczególnych organów”.

(D-r S. Serkowski „Semiotyka moczu”)

Aby badanie moczu mogło spełnić powyższy ważny dla lekarza cel, musi ono liczyć się z faktem, że w całodobowej ilości moczu poszczególne porcje takowego podlegają przez różny przeciąg czasu zmianom, zwłaszcza fosforany i mocznik. Tymczasem pierwsze z nich w postaci $\text{Me. H}_2\text{PO}_4$ mają stanowić o stopniu kwasoty moczu. Z drugiej strony na kwasotę wpływa cały szereg poniżej wyszczególnionych czynników; wreszcie mnogość poglądów na stosunek kwaśnych do zasadowych związków, ilość sposobów określania: wszystko to wskazuje, że badanie lekarsko-chemiczne moczu w kierunku

określenia kwasowości takowego, wcale nie należy do spraw dostatecznie wyświetlonych.

Ten wzgląd właśnie w zupełności wyjaśnia cel pracy niniejszej. Prócz tego cel naszej pracy polega na dążeniu do wyjaśnienia, czy i która z poniżej wymienionych metod najbardziej jest w możności wyjaśnić rzeczywisty stopień kwasoty moczu resp. stosunek kwaśnych do zasadowych związków — niezależnie od wpływów ubocznych.

Praca niniejsza dzieli się na dwie grupy:

1) mocze badane od różnych chorych, zbierane przeważnie w ciągu 12 do 24 godzin.

2) mocze własne, badane porcyjnie w kierunku kwasowości natychmiast po oddaniu i w różnych okresach czasu.

Materyał ten zużytkowaliśmy, badając kwasowość:

- 1) lakmusem
- 2) sposobem Naegli-Sahli
- 3) Freund-Liebleina.

Wnioski z naszych określeń zamieszczamy w końcu.

Zanim przejdziemy do treści własnych doświadczeń i wniosków z nich, kilka słów poświęcić musimy wpływom różnych czynników na stopień kwasowości i istniejącej metodyce badania.

Co do wpływów różnych czynników na stopień kwasowości moczu to wiadomo że: oddziaływanie moczu zależne jest w znacznym stopniu od rodzaju pokarmów. Mocz ludzki, posiada w normalnych warunkach oddziaływanie kwasne t. j. ilość związków kwaśnych przewyższa ilość związków zasadowych. Przyczyną tego zjawiska jest tworzenie się w organizmie ze związków obojętnych kwasów: siarkowego, fosforowego i organicznych jak hippurowy, moczowy, szczawio-owy, aromatyczne oksykwasy i inne. Z powyższego widzimy, że kwasowość moczu zależy nie tylko od jednego kwasu, w jakim stopniu wpływa na kwasowość ten lub ów kwas jest to jeszcze rzecz nie zbadana, ale dotąd przeważa zdanie że kwaśne oddziaływanie moczu zależy głównie od fosforanów.

Stwierdzono, że podczas trawienia, kiedy w żołądku zwiększa się ilość kwasu solnego, wydzielany mocz oddziaływa obojętnie, a nawet czasowo alkalicznie.

Przyczyną zmniejszenia się kwasowości może być również nadmierny dopływ do organizmu alkali, albo takich związków ze świata roślinnego, które spalając się w organizmie wytwarzają węglany. Nareszcie przyczyną zmniejszenia

się kwasowości a nawet jej zanik mogą być bakterje, powodujące fermentację alkaliczną.

Kwasowość moczu nie przekracza pewnych granic, nawet po wprowadzeniu do organizmu nadmiaru kwasów mineralnych, lub trudno się utleniających organicznych — kwasota się nie zwiększa. Znaczny zapas węglanów, znajdujący się w organizmie zubożnia nadmiar kwasów, jeżeli zaś się wyczerpie, to miejsce jego zastępuje amoniak, powstający z białka lub jego produktów rozkładowych.

Przyczyną alkalicznego oddziaływania moczu mogą być również zjawiska patologiczne, jak fermentacja alkaliczna pod wpływem bakterji w samym organizmie, choroby żołądka, albo domieszka wydzielin alkalicznych dróg moczowych, lub wysięków.

Z powyższego widzimy, że dokładne określenie kwasowości moczu ma duże znaczenie, niestety chemia nie posiada dotąd ścisłych metod, które pozwalały by wyrazić stopień kwasowości w absolutnych cyfrach i tem samym dać nam dokładny obraz zmian jakie zachodzą w badanym moczu.

Ponieważ absolutne cyfry nie dają nam dokładnego pojęcia o zmianach zachodzących w organizmie należy więc kwasowość wyrażać w stosunku kwaśnych fosforanów do zasadowych, podając jednocześnie absolutną ilość kwaśnych fosforanów. określać ją w porcyi otrzymanej przez dokładne zmieszanie całej dobowej ilości i brać pod uwagę wszystkie wyżej wymienione przyczyny, mogące wpłynąć na zmianę kwasowości.

Do określania kwasowości moczu istnieje kilka sposobów, z których każdy prawie ma swoje strony ujemne. Poniżej podajemy sposoby określania kwasowości moczu w głównych zarysach, przytaczając jednocześnie przyczyny niedokładności, wynikających z zastosowania danego sposobu.

Najczęściej używany jest sposób Freund-Lieblein'a, polegający na mianowaniu azotanem lub octanem uranu kwaśnych fosforanów po uprzednim strąceniu zasadowych chlorkiem barowym. Niedokładność tego sposobu polega na tem, że osad tworzący się od chlorku barowego zatrzymuje pewną ilość kwaśnych fosforanów około 3%.

Neumeister i Maly¹⁾ usuwają z moczu fosforany dodając określoną ilość $\frac{N}{10}$ wodorotlenku sodowego i chlorku barowego

¹⁾ Zeitschr. f. anal. Chem. 15—417.

i mianują przesącz $\frac{N}{10}$ kwasem siarkowym w obecności fenoltaleiny. Ilość zużytego kwasu będzie tem mniejsza, czem większa była kwasowość badanego moczu. Sposób ten może służyć tylko do celów porównawczych, ponieważ nie daje żadnych określonych danych.

Moritz¹⁾ uważa, że przyczyną niedokładności jest — disocjacja i zapobiegę jej przez dodawanie do moczu nasyconego roztworu chlorku sodowego i szczawianu sodu w celu usunięcia związków wapnia.

de Jager²⁾ wyraża kwasowość moczu w ilości zużytego $\frac{N}{10}$ kwasu, niezbędnego do zamiany wszystkich fosforanów w kwaśne i ilości $\frac{N}{10}$ wodorotlenku sodowego, potrzebnego do zamiany fosforanów kwaśnych w zasadowe; w tym celu dodaje do moczu określoną ilość $\frac{N}{10}$ kwasu chlorowodorowego i chlorku barowego i przesącz mianuje $\frac{N}{10}$ wodorotlenkiem sodowym do zmętnienia. Ujemną stroną tej metody jest trudność uchwycenia końca reakcyi.

Friedental zapatruje się na oddziaływanie z fizyko-chemicznego punktu widzenia i dowodzi że kwasowość lub alkaliczność danego płynu zależą od koncentracji jonów wodoru. Twierdzenie to według Sahlego jest niesłuszne, ponieważ kwasowość zależy od wolnych atomów wodoru, które mogą być zastąpione przez metal. Metoda ta wymaga kilkunastu płynów porównawczych i wskaźników jest bardzo zmutna i daje niedokładne wyniki, co stwierdziliśmy na całym szeregu doświadczeń z moczami wprost i po uprzednim odbarwieniu węglem kostnym.

Naegli Sahli mianuje mocz $\frac{N}{10}$ kwasem w obecności alizaryny jako wskaźnika i $\frac{N}{10}$ ługiem w obecności fenoltaleiny. Ilość zużytego kwasu daje nam pojęcie o ilości związków zasadowych, ilość ługu -- kwaśnych.

Po wielokrotnych próbach, mających za zadanie wypróbowanie powyższych sposobów pozostaliśmy przy dwóch mianowicie: sposób Freund Liebleina i Naegli Sahli. Przekonawszy się, że te dwa sposoby są najpraktyczniejsze i dają względnie dobre wyniki wzięliśmy sobie za zadanie wyjaśnić

²⁾ Arch. f. Klin. Med. Bd. LXXX H. 5 i 6.

³⁾ H. S. Bd. 34 str. 21.

na dużym materiale statystycznym (1500 analiz) równorzędnie i równocześnie reakcje moczu.

Ponieważ absolutne cyfry nie dały by dokładnego pojęcia o kwasowości moczu, w przytoczonych tablicach wyraziliśmy kwasowość jako stosunek fosforanów kwaśnych do zasadowych. Stosunek ten według Emersona w normalnym moczu wynosi 60 : 40. Pomimo znacznego materiału, którym rozporządziliśmy, otrzymaliśmy tylko nieznaczną ilość wyników zgodnych z teorią.

Tą stosunkowo niewielką ilość wyników zgodnych z teorią można objaśnić tem, że 1) mieliśmy do czynienia przeważnie z moczami patologicznymi i 2) że badane mocze nie były zupełnie świeże.

W tablicy I zestawione są mocze, w których kwasowość określona obydwoma sposobami nie przekracza granic normy.

TABLICA I.

Lakmus	Sposób Naegli Sahli			Sposób Freund Liebleina		
	Kwaśne	Zasadowe	Stosunek	Kwaśne	Zasadowe	Stosunek
kwaśne	104 ctm. ²	66 ctm. ³	60 : 38	2,35 P ₂ O ₅	1,70 P ₂ O ₅	60 : 43
"	40 "	24 "	60 : 36	1,35 "	0,85 "	60 : 37
"	56 "	34 "	60 : 36	1,55 "	1,35 "	60 : 41
"	40 "	24 "	60 : 36	0,95 "	0,65 "	60 : 41
"	40 "	24 "	60 : 36	1,45 "	1,05 "	60 : 43
"	26 "	18 "	60 : 41	0,65 "	0,45 "	60 : 42
"	40 "	24 "	60 : 36	1,45 "	1,05 "	60 : 43
"	56 "	38 "	60 : 41	1,95 "	1,30 "	60 : 39
"	60 "	42 "	60 : 42	1,60 "	0,95 "	60 : 36
"	28 "	18 "	60 : 38	0,65 "	0,40 "	60 : 36
"	46 "	28 "	60 : 36	1,35 "	0,95 "	60 : 42
"	60 "	36 "	60 : 36	1,75 "	1,25 "	60 : 43
"	40 "	28 "	60 : 42	1,25 "	0,85 "	60 : 41
"	36 "	24 "	60 : 40	1,25 "	0,85 "	60 : 41
"	52 "	36 "	60 : 40	1,45 "	1,05 "	60 : 43
"	36 "	25 "	60 : 42	1,25 "	0,90 "	60 : 43
"	10 "	6 "	60 : 36	0,50 "	0,35 "	60 : 39

W tablicy II zestawiliśmy wyniki rozbieżne: kwasowość określona sposobem Freund Liebleina nie przekracza granic normy, sposobem zaś Naegli Sahli odbiega od niej.

TABLICA II.

Lakmus	Sposób Naegli Sahli			Sposób Freund Liebleina		
	Kwaśne	Zasadowe	Stosunek	Kwaśne	Zasadowe	Stosunek
kwaśne	18 ctm. ³	18 ctm. ³	60 : 60	0,55 P ₂ O ₅	0,35 P ₂ O ₅	60 : 38
"	28 "	16 "	60 : 34	0,60 "	0,40 "	60 : 40
"	12 "	16 "	60 : 80	0,85 "	0,55 "	60 : 39
"	42 "	22 "	60 : 31	1,40 "	0,95 "	60 : 40
"	22 "	12 "	60 : 33	0,70 "	0,45 "	60 : 39
"	34 "	28 "	60 : 49	1,20 "	0,80 "	60 : 40
"	26 "	22 "	60 : 49	0,85 "	0,55 "	60 : 39
"	58 "	26 "	60 : 29	1,70 "	1,15 "	60 : 40
"	28 "	16 "	60 : 34	1,35 "	0,90 "	60 : 40
"	26 "	26 "	60 : 60	0,85 "	0,55 "	60 : 39
"	58 "	26 "	65 : 29	1,70 "	1,15 "	60 : 40
"	28 "	16 "	60 : 34	1,35 "	0,90 "	60 : 40
"	26 "	21 "	60 : 48	0,60 "	0,40 "	60 : 40
"	48 "	36 "	60 : 45	1,35 "	0,90 "	60 : 40
"	56 "	46 "	60 : 49	1,55 "	1,20 "	60 : 39
"	52 "	43 "	60 : 49	1,65 "	1,05 "	60 : 38
"	62 "	56 "	60 : 55	1,70 "	1,10 "	60 : 39
"	28 "	16 "	60 : 34	0,90 "	0,65 "	60 : 43
"	56 "	30 "	60 : 32	1,50 "	1,00 "	60 : 40
"	44 "	16 "	60 : 22	1,30 "	0,90 "	60 : 41
"	32 "	34 "	60 : 64	0,90 "	0,55 "	60 : 37
"	65 "	56 "	60 : 51	1,90 "	1,35 "	60 : 42
"	40 "	38 "	60 : 57	1,20 "	0,80 "	60 : 40
"	50 "	18 "	60 : 22	1,55 "	1,10 "	60 : 43
"	44 "	16 "	60 : 22	1,30 "	0,90 "	60 : 41
"	46 "	28 "	60 : 36	1,35 "	0,95 "	60 : 42
"	34 "	32 "	60 : 56	1,45 "	0,90 "	60 : 37
"	32 "	30 "	60 : 56	0,65 "	0,45 "	60 : 42
"	52 "	20 "	60 : 23	1,40 "	0,90 "	60 : 39
"	60 "	28 "	60 : 28	1,70 "	0,95 "	60 : 41
"	66 "	48 "	60 : 44	1,75 "	1,25 "	60 : 42
"	18 "	14 "	60 : 47	0,60 "	0,40 "	60 : 40
"	54 "	46 "	60 : 50	1,45 "	1,00 "	60 : 41

Z powyższej tablicy widzimy, że stosunek związków kwaśnych do zasadowych określonych sposobem Naegli Sahli podlega znacznym wahaniom, jest to zupełnie zrozumiałe ponieważ ług i kwas używane w tym sposobie działają nie tylko na fosforany lecz i na inne związki znajdujące się w moczu.

TABLICA III.

Lakmus	Sposób Naegli Sahli			Sposób Freund Liebleina		
	Kwaśne	Zasadowe	Stosunek	Kwaśne	Zasadowe	Stosunek
kwaśne	24 ctm. ³	72 ctm. ³	30 : 90	0,75 P ₂ O ₅	1.80 P ₂ O ₅	30 : 72
"	22 "	40 "	30 : 54	0,50 "	1,20 "	30 : 72
"	16 "	38 "	30 : 71	0,45 "	1,15 "	30 : 76
"	10 "	18 "	30 : 54	0,30 "	1,15 "	30 : 115
"	12 "	52 "	30 : 130	0,20 "	0,90 "	30 : 135
"	49 "	32 "	30 : 19	0,80 "	2,25 "	30 : 84
"	10 "	20 "	30 : 60	0,20 "	0,60 "	30 : 90
"	14 "	32 "	30 : 71	0,25 "	1 05 "	30 : 125
"	18 "	28 "	30 : 46	0,25 "	1 15 "	30 : 138
"	39 "	64 "	30 : 49	0,25 "	1,50 "	30 : 180
"	16 "	30 "	30 : 56	0,30 "	0,95 "	30 : 95
"	12 "	18 "	30 : 45	0,20 "	0,45 "	30 : 68
"	10 "	32 "	30 : 96	0,25 "	0,90 "	30 : 108
"	48 "	56 "	30 : 35	0,60 "	1,40 "	30 : 70
"	12 "	32 "	30 : 80	0 15 "	0,65 "	30 : 130
"	26 "	21 "	30 : 24	0,50 "	1,20 "	30 : 72
"	12 "	48 "	30 : 120	0,50 "	1,45 "	30 : 87
"	22 "	20 "	30 : 27	0,50 "	1,20 "	30 : 72
"	20 "	36 "	30 : 54	0,40 "	1.10 "	30 : 83
"	18 "	32 "	30 : 43	0 45 "	1,05 "	30 : 70
"	28 "	50 "	30 : 54	0,35 "	0,80 "	30 : 97

W tablicach III i IV zestawiony jest stosunek kwaśnych związków do zasadowych, który teoretycznie odpowiada oddziaływaniu amfoternemu względem barwnika lakmusu, tym czasem lukmus wykazuje oddziaływanie kwaśne.

TABLICA IV.

Lakmus	Sposób Naegli-Sahli			Sposób Freund-Liebleina		
	Kwaśne	Zasadowe	Stosunek	Kwaśne	Zasadowe	Stosunek
kwaśne	24 ctm ³ .	28 ctm ³ .	50 : 58	0,50 P ₂ O ₅	0,50 P ₂ O ₅	50 : 50
"	44 "	36 "	50 : 41	0,95 "	0,95 "	"
"	28 "	26 "	50 : 46	0,85 "	0,85 "	"
"	42 "	20 "	50 : 23	0,85 "	0,85 "	"
"	28 "	36 "	50 : 66	1,05 "	1,05 "	"
"	36 "	34 "	50 : 47	0,95 "	0,95 "	"
"	36 "	40 "	50 : 55	1,00 "	1,00 "	"
"	20 "	18 "	50 : 45	0,65 "	0,65 "	"
"	24 "	18 "	50 : 38	0,65 "	0,65 "	"
"	48 "	34 "	50 : 28	1,10 "	1,10 "	"
"	44 "	64 "	50 : 73	0,80 "	0,80 "	"
"	30 "	32 "	50 : 53	0,75 "	0,75 "	"
"	32 "	30 "	50 : 47	0,80 "	0,80 "	"
"	38 "	24 "	50 : 31	0,75 "	0,75 "	"
"	38 "	28 "	50 : 17	1,10 "	1,10 "	"
"	47 "	36 "	50 : 38	1,25 "	1,25 "	"
"	40 "	48 "	50 : 60	1,00 "	1,00 "	"
"	46 "	36 "	50 : 39	1,00 "	1,00 "	"
"	66 "	58 "	50 : 32	1,50 "	1,50 "	"
"	51 "	29 "	50 : 28	1,00 "	1,00 "	"
"	76 "	30 "	50 : 20	1,50 "	1,50 "	"
"	32 "	48 "	50 : 75	1,10 "	1,10 "	"
"	20 "	18 "	50 : 45	0,50 "	0,50 "	"
"	76 "	20 "	50 : 13	2,25 "	2,25 "	"
"	7 "	18 "	50 : 126	0,30 "	0,30 "	"
"	45 "	23 "	50 : 25	1,10 "	1,10 "	"
"	88 "	44 "	50 : 25	1,70 "	1,70 "	"
"	30 "	32 "	50 : 53	0,60 "	0,60 "	"
"	68 "	38 "	50 : 28	1,50 "	1,50 "	"
"	64 "	30 "	50 : 23	1,35 "	1,35 "	"
"	64 "	22 "	50 : 17	1,15 "	1,15 "	"
"	30 "	21 "	50 : 35	0,60 "	0,60 "	"

Chcąc się przekonać, do jakiego stopnia czas wpływa na zmianę oddziaływania, przeprowadziliśmy szereg badań,

określając kwasowość w zupełnie świeżych moczach zaraz po oddaniu, po 3, 6 i 24 godzinach. Wyniki otrzymane są zestawione w tablicy V.

TABLICA V.

Mocz świeży				Po 3 godzinach				Po 6 godzinach				Po 24 godzinach			
Lakmus	Fenolt	Alizar.	Uran	Lakmus	Fenolt	Alizar.	Uran	Lakmus	Fenolt	Alizar.	Uran	Lakmus	Fenolt	Alizar.	Uran
kwaś.	63 ctm ³	13	1,65 P ₂ O ₅	kw.	61	8	1,55	kw	58	7	1,35	kw.	53	12	1,30
"	56 "	17	1,3 "	"	53	10	1,0 "	"	51	12	1,0 "	"	51	11	1,45
"	45 "	23	1,1 "	"	45	23	1,1 "	"	45	23	1,1 "	"	40	33	0,95
sl.kw.	10 "	6	0,5 "	sl.kw.	10	6	0,5 "	sl.kw.	10	6	0,5 "	sl.kw.	10	4	0,50
kwaś.	23 "	5	0,5 "	kw.	18	12	0,35	kw	18	6	0,35	kw.	16	5	0,45
amf.	7 "	18	0,3 "	amf.	7	18	0,3	amf.	7	17	0,28	sl.kw.	5	16	0,20
kwaś.	42 "	17	1,0 "	kw.	42	30	0,95	kw.	40	24	0,9	kw.	40	22	0,75
"	51 "	29	1,25 "	"	51	22	1,05 "	"	51	26	0,8	"	50	23	0,80
"	62 "	18	1,65 "	"	62	20	1,65 "	"	60	18	1,55	"	59	16	1,50
"	44 "	17	1,05 "	"	44	20	0,85 "	"	44	21	0,85	"	43	19	0,85
"	42 "	14	1,3 "	"	42	11	1,3 "	"	41	11	1,00	"	42	13	0,9
"	46 "	9	1,5 "	"	46	13	1,25 "	"	46	13	0,95	"	43	13	0,9
sl.kw.	25 "	7	0,65 "	"	25	8	0,45 "	"	25	9	0,45	"	21	6	0,45
kw.	67 "	38	1,30 "	"	66	39	1,25 "	"	67	23	1,1	"	67	20	1,1
"	24 "	8	0,55 "	"	24	7	0,55 "	"	24	7	0,55	"	24	5	0,5
sl.kw.	11 "	4	0,4 "	sl.kw.	11	3	0,40 "	"	11	3	0,40	"	11	3	0,37
sl.alk.	13 "	45	0,5 "	sl.alk.	13	46	0,48	sl.alk.	12	45	0,45	sl.alk.	7	46	0,40

TABLICA VI.

Lakmus	Sposób Naegli Sahli			Sposób Freund Liebleina		
	Kwaśne	Zasadowe	Stosunek	Kwaśne	Zasadowe	Stosunek
kwaśne	28 ctm. ³	30 ctm. ³	60 : 64	0,75 P ₂ O ₅	0,90 P ₂ O ₅	60 : 72
"	54 "	52 "	60 : 58	1,25 "	1,75 "	60 : 74
"	38 "	28 "	60 : 44	1,10 "	1,10 "	60 : 60
"	8 "	18 "	60 : 135	0,65 "	0,50 "	60 : 46
"	98 "	54 "	60 : 36	3,00 "	2,30 "	60 : 46
"	29 "	40 "	60 : 82	0,86 "	1,15 "	60 : 86
"	16 "	18 "	60 : 68	0,45 "	0,40 "	60 : 53
"	52 "	32 "	60 : 37	1,50 "	1,30 "	60 : 52
alkalicz.	10 "	32 "	60 : 192	0,25 "	0,50 "	60 : 120
kwaśne	34 "	8 "	60 : 14	1,00 "	0,50 "	60 : 30
"	22 "	40 "	60 : 108	0,50 "	1,20 "	60 : 144
"	34 "	42 "	60 : 74	1,00 "	1,15 "	60 : 69
"	12 "	10 "	60 : 50	0,55 "	0,45 "	60 : 49
"	72 "	39 "	60 : 33	2,15 "	1,80 "	60 : 50
"	50 "	28 "	60 : 34	0,90 "	1,00 "	60 : 67
"	28 "	38 "	60 : 82	0,60 "	0,90 "	60 : 90
"	50 "	32 "	60 : 38	1,35 "	0,65 "	60 : 29
"	47 "	36 "	60 : 46	1,25 "	1,25 "	60 : 60
"	28 "	32 "	60 : 69	0,35 "	0,55 "	60 : 94
"	38 "	29 "	60 : 46	1,40 "	0,95 "	60 : 41
"	42 "	36 "	60 : 51	1,15 "	1,05 "	60 : 55
"	42 "	34 "	60 : 48	1,30 "	1,15 "	60 : 53
"	66 "	38 "	60 : 35	2,50 "	1,50 "	60 : 36
"	32 "	24 "	60 : 45	0,80 "	0,75 "	60 : 56
"	52 "	46 "	60 : 53	1,50 "	1,30 "	60 : 52
"	40 "	42 "	60 : 63	1,30 "	1,10 "	60 : 53
"	60 "	56 "	60 : 56	1,50 "	1,35 "	60 : 54
"	36 "	60 "	60 : 99	0,90 "	1,60 "	60 : 106
"	72 "	56 "	60 : 47	1,25 "	2,20 "	60 : 109
"	22 "	44 "	60 : 120	0,70 "	0,65 "	60 : 56
"	40 "	48 "	60 : 72	0,90 "	0,75 "	60 : 50
"	16 "	38 "	60 : 143	0,50 "	0,80 "	60 : 96
"	96 "	82 "	60 : 51	2,50 "	2,15 "	60 : 52
"	40 "	38 "	60 : 57	1,20 "	0,80 "	60 : 40
"	14 "	22 "	60 : 101	0,55 "	0,95 "	60 : 103

Lakmus	Sposób Naegli Sahli			Sposób Freund Liebleina		
	Kwaśne	Zasadowe	Stosunek	Kwaśne	Zasadowe	Stosunek
kwaśne	36 ctm. ³	34 ctm. ³	60 : 57	1,15 P ₂ O ₅	0,85 P ₂ O ₅	60 : 44
"	22 "	20 "	60 : 54	0,65 "	0,50 "	60 : 46
"	32 "	28 "	60 : 53	0,85 "	1,05 "	60 : 74
"	26 "	34 "	60 : 78	0,60 "	0,45 "	60 : 45
"	44 "	42 "	60 : 57	0,85 "	1,05 "	60 : 74
"	48 "	70 "	60 : 88	1,25 "	1,75 "	60 : 84
"	38 "	33 "	60 : 47	1,30 "	1,00 "	60 : 46
alkaliczne	10 "	70 "	60 : 42	0,30 "	1,35 "	60 : 27
kwaśne	52 "	34 "	60 : 38	1,35 "	1,50 "	60 : 67
"	48 "	52 "	60 : 65	1,20 "	1,05 "	60 : 53
"	32 "	38 "	60 : 71	0,60 "	1,05 "	60 : 105
"	60 "	42 "	60 : 38	1,80 "	1,65 "	60 : 55
"	14 "	26 "	60 : 111	0,65 "	0,80 "	60 : 74
"	26 "	26 "	60 : 60	0,70 "	0,55 "	60 : 47
"	32 "	20 "	60 : 38	0,90 "	0,85 "	60 : 57
"	30 "	32 "	60 : 64	0,70 "	0,80 "	60 : 69
"	28 "	26 "	60 : 56	1,90 "	1,35 "	60 : 42
"	54 "	48 "	60 : 53	1,30 "	1,40 "	60 : 64
"	52 "	44 "	60 : 51	1,50 "	1,30 "	60 : 52
"	24 "	50 "	60 : 125	1,00 "	0,55 "	60 : 38
"	58 "	40 "	60 : 41	1,00 "	1,25 "	60 : 75
"	66 "	60 "	60 : 55	1,85 "	1,75 "	60 : 28
"	40 "	22 "	60 : 33	1,50 "	0,70 "	60 : 49
"	48 "	40 "	60 : 50	1,40 "	1,15 "	60 : 49
"	34 "	24 "	60 : 42	0,85 "	0,95 "	60 : 67
"	42 "	26 "	60 : 37	1,05 "	0,85 "	60 : 49
"	16 "	16 "	60 : 60	0,40 "	0,35 "	60 : 52
"	22 "	36 "	60 : 98	0,75 "	0,55 "	60 : 44
"	42 "	16 "	60 : 23	0,80 "	1,05 "	60 : 79
"	40 "	26 "	60 : 39	1,05 "	0,95 "	60 : 54
"	42 "	30 "	60 : 43	1,25 "	1,05 "	60 : 50
"	40 "	26 "	60 : 39	1,00 "	1,00 "	60 : 60
"	46 "	16 "	60 : 21	1,25 "	0,95 "	60 : 45
"	52 "	20 "	60 : 23	1,30 "	1,00 "	60 : 46
"	30 "	18 "	60 : 36	0,55 "	0,95 "	60 : 101
"	22 "	28 "	60 : 75	0,55 "	0,85 "	60 : 93
"	46 "	32 "	60 : 42	1,45 "	1,75 "	60 : 72

Lakmus	Sposób Naegli Sahli			Sposób Freund Liebleina		
	Kwaśne	Zasadowe	Stosunek	Kwaśne	Zasadowe	Stosunek
alkaliczne	14 ctm. ³	86 ctm. ³	60 : 361	0,35 P ₂ O ₅	0,65 P ₂ O ₅	60 : 110
kwaśne	66 "	30 "	60 : 27	1,70 "	0,80 "	60 : 28
"	24 "	20 "	60 : 30	0,65 "	1,05 "	60 : 95
"	20 "	26 "	60 : 78	0,25 "	0,60 "	60 : 144
"	14 "	40 "	60 : 171	0,75 "	1,25 "	60 : 100
"	64 "	48 "	60 : 42	1,70 "	1,90 "	60 : 67
"	20 "	16 "	60 : 48	0,45 "	0,35 "	60 : 47
"	54 "	30 "	60 : 33	1,50 "	1,10 "	60 : 44
"	58 "	18 "	60 : 19	1,65 "	1,05 "	60 : 38
"	46 "	24 "	60 : 31	0,40 "	0,65 "	60 : 98
"	36 "	34 "	60 : 56	0,95 "	0,95 "	60 : 60
"	32 "	32 "	60 : 60	0,80 "	0,70 "	60 : 52
"	30 "	22 "	60 : 44	0,40 "	0,60 "	10 : 90
"	66 "	36 "	60 : 33	1,50 "	1,30 "	60 : 52
"	36 "	18 "	60 : 25	0,95 "	0,75 "	60 : 47
"	20 "	46 "	60 : 138	0,65 "	0,85 "	60 : 78
"	16 "	16 "	60 : 60	0,30 "	0,45 "	60 : 90
"	32 "	30 "	60 : 56	0,65 "	0,45 "	60 : 42
"	46 "	28 "	60 : 38	1,35 "	1,15 "	60 : 51
"	32 "	36 "	60 : 68	0,45 "	0,40 "	60 : 53
"	28 "	44 "	60 : 101	1,10 "	1,90 "	60 : 103
"	28 "	52 "	60 : 111	0,65 "	0,80 "	60 : 74
"	32 "	76 "	60 : 143	0,50 "	0,80 "	60 : 96
"	38 "	26 "	60 : 41	1,35 "	1,10 "	60 : 49
"	34 "	18 "	60 : 32	1,25 "	1,65 "	60 : 79
"	20 "	18 "	60 : 54	0,65 "	0,65 "	60 : 60
"	39 "	64 "	60 : 98	0,25 "	1,75 "	60 : 420
"	56 "	24 "	60 : 26	1,85 "	1,40 "	60 : 45
"	18 "	16 "	60 : 53	0,25 "	0,30 "	60 : 72
"	18 "	28 "	60 : 93	0,25 "	1,15 "	60 : 276
"	16 "	26 "	60 : 98	0,45 "	0,85 "	60 : 132
"	26 "	21 "	60 : 48	0,60 "	0,40 "	60 : 40
"	48 "	42 "	60 : 53	0,65 "	1,50 "	60 : 138
"	30 "	22 "	60 : 44	0,65 "	0,85 "	60 : 79
"	71 "	36 "	60 : 30	2,00 "	1,65 "	60 : 50
"	42 "	30 "	60 : 43	1,05 "	0,90 "	60 : 34
"	36 "	27 "	60 : 45	0,75 "	0,65 "	60 : 52

Lakmus	Sposób Naegli Sahli			Sposób Freund Liebleina		
	Kwaśne	Zasadowe	Stosunek	Kwaśne	Zasadowe	Stosunek
alkalicz.	14 ctm. ³	32 ctm. ³	60 : 142	0,25P ₂ O ₅	1,05P ₂ O ₅	60 : 250
kwaśne	40 „	13 „	60 : 27	0 80 „	0,90 „	60 : 68
„	22 „	34 „	60 : 93	0 30 „	1,05 „	60 : 210
„	14 „	20 „	60 : 86	0 50 „	0,90 „	60 : 108
„	46 „	28 „	60 : 36	1,35 „	0,95 „	60 : 42
sł. kwaś.	10 „	20 „	60 : 120	0,20 „	0 60 „	60 : 180
kwaśne	58 „	30 „	60 : 31	0,30 „	0,95 „	60 : 190
„	52 „	28 „	60 : 32	1,90 „	1,10 „	60 : 38
„	30 „	14 „	60 : 28	0 85 „	0,65 „	60 : 46
„	14 „	14 „	60 : 60	0 45 „	0 35 „	60 : 47
alkalicz.	30 „	52 „	60 : 104	0 25 „	1 20 „	60 : 290
kwaśne	26 „	24 „	60 : 55	0 70 „	0 40 „	60 : 34
„	8 „	20 „	60 : 150	0 25 „	0 50 „	60 : 120
„	38 „	24 „	60 : 38	0 75 „	0 75 „	60 : 60
„	24 „	20 „	60 : 50	1 10 „	0 90 „	60 : 49
„	10 „	32 „	60 : 192	0 25 „	0 90 „	60 : 216
„	24 „	28 „	60 : 70	0 50 „	0 85 „	60 : 102
„	38 „	40 „	60 : 62	0 70 „	1 60 „	60 : 136
„	58 „	26 „	60 : 27	1 55 „	1 45 „	60 : 56
„	36 „	30 „	60 : 59	0 75 „	0 85 „	60 : 68
„	54 „	28 „	60 : 31	1 00 „	1 35 „	60 : 81
amfoter.	34 „	60 „	60 : 106	0 50 „	1 95 „	60 : 234
kwaśne	58 „	26 „	60 : 29	1 70 „	1 15 „	60 : 40
„	44 „	14 „	60 : 19	0 80 „	1 10 „	60 : 83
„	72 „	40 „	60 : 33	1 95 „	2 25 „	60 : 68
„	20 „	12 „	60 : 36	0 40 „	0 10 „	60 : 15
„	42 „	28 „	60 : 40	1 15 „	0 85 „	60 : 29
sł. alkal.	30 „	42 „	60 : 84	0 25 „	1 10 „	60 : 264
kwaśne	48 „	36 „	60 : 45	1 15 „	1 00 „	60 : 52
„	32 „	20 „	60 : 37	0 65 „	1 10 „	60 : 99
„	28 „	28 „	60 : 60	0 90 „	0 80 „	60 : 52
„	28 „	16 „	60 : 34	1 35 „	0 90 „	60 : 40
„	48 „	72 „	60 : 90	1 00 „	1 10 „	60 66
„	28 „	18 „	60 : 38	0 70 „	1 06 „	60 90
„	38 „	24 „	60 : 38	0 65 „	0 40 „	60 36
„	72 „	36 „	60 : 29	2 10 „	1 20 „	60 34
„	60 „	24 „	60 : 24	1 30 „	1 00 „	60 46

Lakmus	Sposób Naegli Sahli			Sposób Freund Liebleina		
	Kwaśne	Zasadowe	Stosunek	Kwaśne	Zasadowe	Stosunek
kwaśne	44 ctm. ³	30 ctm. ³	60 : 41	1,00O ₂ P ₅	0,90P ₂ O ₅	60 : 54
"	28 "	22 "	60 : 47	0,70 "	0,80 "	60 : 68
"	10 "	14 "	60 : 84	0,45 "	0,55 "	60 : 73
"	12 "	18 "	60 : 90	0,20 "	0,45 "	60 : 135
"	44 "	18 "	60 : 24	0,55 "	0,60 "	60 : 65
"	28 "	26 "	60 : 56	0,85 "	0,80 "	60 : 56
"	70 "	54 "	60 : 46	1,85 "	1,45 "	60 : 47
"	14 "	48 "	60 : 193	0,45 "	0,55 "	60 : 73
"	50 "	34 "	60 : 41	1,10 "	1,25 "	60 : 68
"	76 "	40 "	60 : 32	2,25 "	0,95 "	60 : 25
"	40 "	26 "	60 : 39	1,30 "	0,70 "	60 : 29
"	38 "	14 "	60 : 23	1,20 "	1,35 "	60 : 92
"	30 "	22 "	60 : 44	1,00 "	0,55 "	60 : 33
"	26 "	26 "	60 : 60	0,85 "	0,55 "	60 : 39
"	54 "	26 "	60 : 29	1,70 "	0,80 "	60 : 28
"	70 "	44 "	60 : 37	1,20 "	1,10 "	60 : 55
"	60 "	114 "	60 : 114	1,45 "	1,65 "	60 : 68
alkaliczne	6 "	20 "	60 : 200	0,10 "	0,90 "	60 : 54 ⁰
kwaśne	36 "	40 "	60 : 66	1,00 "	1,00 "	60 : 60
"	18 "	12 "	60 : 40	0,20 "	0,30 "	60 : 90
"	38 "	20 "	60 : 31	0,75 "	0,95 "	60 : 76
"	16 "	30 "	60 : 112	0,30 "	0,95 "	60 : 190
"	34 "	14 "	60 : 25	0,85 "	0,65 "	60 : 46
"	74 "	52 "	60 : 42	1,90 "	0,95 "	60 : 30
"	16 "	14 "	60 : 52	0,30 "	0,35 "	60 : 70
sł. alkalicz.	12 "	36 "	60 : 180	0,20 "	0,80 "	60 : 240
kwaśne	50 "	26 "	60 : 31	1,35 "	1,25 "	60 : 55
"	24 "	34 "	60 : 85	0,45 "	0,95 "	60 : 126
"	22 "	24 "	60 : 65	0,40 "	0,65 "	60 : 97
"	8 "	8 "	60 : 60	0,15 "	0,25 "	60 : 160
"	18 "	24 "	60 : 80	0,50 "	1,15 "	60 : 138
"	46 "	28 "	60 : 34	1,00 "	0,75 "	60 : 45
"	20 "	24 "	60 : 42	0,65 "	0,35 "	60 : 32
"	24 "	20 "	60 : 50	0,70 "	0,55 "	60 : 47
"	16 "	20 "	60 : 75	0,45 "	0,60 "	60 : 80
"	28 "	24 "	60 : 51	0,70 "	0,40 "	60 : 34
"	26 "	26 "	60 : 56	0,70 "	0,80 "	60 : 68

Lakmus	Sposób Naegli Sahli			Sposób Freund Lieblein		
	Kwaśne	Zasadowe	Stosunek	Kwaśne	Zasadowe	Stosunek
Kwaśne	16 ctm. ³	10 ctm. ³	60 : 37	0,45P ₂ O ₅	0,25P ₂ O ₅	60 : 33
"	20 "	18 "	60 : 54	0,45 "	0,40 "	60 : 53
"	32 "	28 "	60 : 52	0,70 "	0,55 "	60 : 48
"	46 "	22 "	60 : 29	1,35 "	0,80 "	60 : 36
"	32 "	22 "	60 : 34	0,90 "	0,70 "	60 : 47
"	20 "	22 "	60 : 66	0,85 "	0,65 "	60 : 46
"	50 "	40 "	60 : 48	1,70 "	0,85 "	60 : 30
"	36 "	54 "	60 : 91	0,70 "	1,15 "	60 : 98
"	74 "	56 "	60 : 49	2,00 "	1,65 "	60 : 49
"	24 "	22 "	60 : 55	0,75 "	0,55 "	60 : 44
"	36 "	22 "	69 : 37	0,85 "	1,05 "	60 : 74
"	30 "	30 "	60 : 60	0,75 "	0,85 "	60 : 68
"	18 "	38 "	60 : 127	0,50 "	0,85 "	60 : 102
"	60 "	56 "	60 : 56	1,50 "	1,40 "	60 : 56
"	32 "	30 "	60 : 56	0,80 "	0,90 "	60 : 68
"	54 "	46 "	60 : 51	1,60 "	0,90 "	60 : 34
"	40 "	48 "	60 : 72	1,00 "	1,00 "	60 : 60
"	51 "	60 "	60 : 69	0,75 "	0,85 "	60 : 68
"	54 "	52 "	60 : 58	1,30 "	0,95 "	60 : 44
"	40 "	80 "	60 : 120	1,20 "	1,15 "	60 : 58
"	24 "	72 "	60 : 180	0,75 "	1,80 "	60 : 144
"	36 "	25 "	60 : 42	1,25 "	0,90 "	60 : 43
"	24 "	30 "	60 : 75	0,50 "	1,10 "	60 : 132
"	42 "	44 "	60 : 62	1,25 "	1,45 "	60 : 70
"	26 "	36 "	60 : 83	0,65 "	0,70 "	60 : 65
"	46 "	48 "	60 : 63	1,40 "	1,25 "	60 : 54
"	36 "	38 "	60 : 63	0,60 "	0,80 "	60 : 80
alkaliczne	8 "	44 "	60 : 330	0,20 "	0,40 "	60 : 120
"	38 "	26 "	60 : 58	0,85 "	0,65 "	60 : 46
"	42 "	38 "	60 : 54	1,80 "	1,05 "	60 : 35
"	8 "	86 "	60 : 645	0,20 "	1,30 "	60 : 390
kwaśne	32 "	34 "	60 : 64	0,90 "	0,55 "	60 : 37
"	28 "	32 "	60 : 69	0,55 "	1,00 "	60 : 109
"	34 "	48 "	60 : 84	0,75 "	1,25 "	60 : 100
"	42 "	24 "	60 : 34	1,15 "	1,05 "	60 : 55
"	40 "	32 "	60 : 48	1,00 "	1,30 "	60 : 78
"	40 "	20 "	60 : 30	0,95 "	0,75 "	60 : 47

Lakmus	Sposób Naegli Sahli			Sposób Freund Liebleina		
	Kwaśne	Zasadowe	Stosunek	Kwaśne	Zasadowe	Stosunek
kwaśne	45 ctm. ³	41 ctm. ³	60 : 54	2,00P ₂ O ₅	1,75P ₂ O ₅	60 : 52
"	46 "	36 "	60 : 47	1,65 "	1,45 "	60 : 53
"	42 "	38 "	60 : 54	1,65 "	0,80 "	60 : 29
"	56 "	36 "	60 : 38	0,80 "	1,55 "	60 : 116
"	26 "	14 "	60 : 31	0,65 "	0,35 "	60 : 22
"	46 "	30 "	60 : 39	1,20 "	1,05 "	60 : 53
"	28 "	36 "	60 : 77	0,75 "	1,00 "	60 : 80
"	34 "	32 "	60 : 56	1,45 "	0,90 "	60 : 37
"	44 "	40 "	60 : 54	0,80 "	1,07 "	60 : 80
"	46 "	44 "	60 : 58	1,10 "	1,00 "	60 : 55
"	48 "	42 "	60 ; 53	1,00 "	1,10 "	60 : 60
"	60 "	42 "	60 : 42	1,60 "	0,95 "	60 : 36
"	26 "	34 "	60 : 78	0,65 "	0,70 "	60 : 64
"	14 "	30 "	60 : 128	0,55 "	0,90 "	60 : 98
"	14 "	18 "	60 : 77	0,30 "	0,60 "	60 : 120
"	46 "	36 "	60 : 47	1,25 "	1,05 "	60 : 50
"	48 "	56 "	60 : 70	0,60 "	1,40 "	60 : 140
"	36 "	28 "	60 : 33	1,10 "	0,90 "	60 : 49
"	32 "	20 "	60 : 37	0,85 "	0,65 "	60 : 46
"	18 "	16 "	60 : 53	0,30 "	0,45 "	60 : 90
"	28 "	36 "	60 : 77	0,55 "	1,20 "	60 : 130
"	20 "	20 "	60 : 60	0,70 "	0,60 "	60 : 51
"	14 "	22 "	60 : 95	0,30 "	0,45 "	60 : 90
"	44 "	50 "	60 : 68	1,00 "	0,80 "	60 : 48
"	51 "	56 "	60 : 65	1,05 "	0,85 "	60 : 49
"	42 "	32 "	60 : 46	0,75 "	0,65 "	60 : 52
"	33 "	9 "	60 : 16	1,05 "	0,45 "	60 : 26
"	22 "	38 "	60 : 103	0,30 "	0,35 "	60 : 70
"	14 "	36 "	60 : 154	0,50 "	0,55 "	60 : 60
"	26 "	22 "	60 : 42	0,85 "	0,55 "	60 : 39
"	38 "	40 "	60 : 62	1,00 "	1,10 "	60 : 66
alkaliczne	6 "	52 "	60 : 520	0,40 "	0,70 "	60 : 105
kwaśne	34 "	20 "	60 : 35	1,25 "	1,00 "	60 : 48
"	24 "	28 "	60 : 70	0,50 "	0,50 "	60 : 60
"	52 "	30 "	60 : 35	1,25 "	1,10 "	60 : 53
"	30 "	56 "	60 : 112	0,80 "	1,60 "	60 : 120
"	18 "	18 "	60 : 60	0,55 "	0,35 "	60 : 38

Lakmus	Sposób Naegli Sahli			Sposób Freund Liebleina		
	Kwaśne	Zasadowe	Stosunek	Kwaśne	Zasadowe	Stosunek
kwaśne	32 ctm. ³	38 ctm. ³	60 : 70	0,75 P ₂ O ₅	0,86 P ₂ O ₅	60 : 70
"	44 "	36 "	60 : 50	0,95 "	0,95 "	60 : 60
"	20 "	10 "	60 : 30	0,55 "	0,45 "	60 : 49
"	28 "	30 "	60 : 64	0,55 "	0,65 "	60 : 70
"	70 "	38 "	60 : 33	2,55 "	1,35 "	60 : 32
"	18 "	46 "	60 : 153	0,30 "	0,50 "	60 : 10
"	64 "	34 "	60 : 31	1,50 "	1,15 "	60 : 46
"	8 "	26 "	60 : 180	0,35 "	0,55 "	60 : 93
"	22 "	36 "	60 : 68	0,65 "	0,75 "	60 : 69
"	16 "	22 "	60 : 80	0,50 "	0,90 "	60 : 108
"	46 "	34 "	60 : 44	0,85 "	0,95 "	60 : 67
"	42 "	24 "	60 : 35	1,25 "	0,45 "	60 : 22
"	14 "	20 "	60 : 86	0,60 "	0,45 "	60 : 45
"	28 "	16 "	60 : 34	0,60 "	0,40 "	60 : 40
"	28 "	22 "	60 : 47	0,60 "	0,75 "	60 : 75
"	22 "	26 "	60 : 70	0,70 "	0,95 "	60 : 80
"	22 "	42 "	60 : 110	0,65 "	0,85 "	60 : 77
"	26 "	28 "	60 : 64	0,85 "	0,50 "	60 : 35
"	26 "	20 "	60 : 46	0,70 "	0,75 "	60 : 64
"	64 "	36 "	60 : 34	1,65 "	1,25 "	60 : 46
"	42 "	34 "	60 : 48	0,75 "	1,35 "	60 : 108
"	28 "	26 "	60 : 56	0,85 "	0,85 "	60 : 60
"	72 "	58 "	60 : 48	2,10 "	1,90 "	60 : 54
"	12 "	16 "	60 : 80	0,85 "	0,55 "	60 : 39
"	40 "	38 "	60 : 57	1,35 "	0,65 "	60 : 29
"	36 "	20 "	60 : 33	1,00 "	0,75 "	60 : 45
"	36 "	32 "	60 : 53	1,25 "	0,75 "	60 : 36
"	18 "	52 "	60 : 170	0,25 "	1,40 "	60 : 34
"	42 "	20 "	60 : 28	0,85 "	0,85 "	60 : 60
"	12 "	38 "	60 : 19	0,50 "	1,35 "	60 : 16
"	28 "	26 "	60 : 56	0,80 "	1,05 "	60 : 78
"	18 "	32 "	60 : 107	0,45 "	1,05 "	60 : 14
"	62 "	26 "	60 : 25	1,50 "	1,20 "	60 : 48
"	52 "	70 "	60 : 80	1,05 "	1,95 "	60 : 11
"	32 "	26 "	60 : 48	0,85 "	0,65 "	60 : 50
"	26 "	24 "	60 : 55	0,80 "	1,10 "	60 : 83
"	26 "	14 "	60 : 32	0,65 "	0,65 "	60 : 60

Lakmus	Sposób Naegli Sahli			Sposób Freund Liebleina		
	Kwaśne	Zasadowe	Stosunek	Kwaśne	Zasadowe	Stosunek
kwaśne	20 ctm. ³	32 ctm. ³	60 : 96	0,60 P ₂ O ₅	0,90 O ₂ O ₅	60 : 90
"	16 "	22 "	60 : 81	0,30 "	0,70 "	60 : 14
"	60 "	30 "	60 : 30	1,95 "	0,85 "	60 : 23
"	42 "	22 "	60 : 30	1,40 "	0,95 "	60 : 40
"	24 "	20 "	60 : 50	0,65 "	0,75 "	60 : 69
"	26 "	22 "	60 : 50	0,40 "	0,65 "	60 : 98
"	24 "	20 "	60 : 50	0,60 "	0,55 "	60 : 55
"	18 "	20 "	60 : 66	0,55 "	0,65 "	60 : 71
"	52 "	26 "	60 : 30	1,60 "	1,20 "	60 : 44
"	58 "	18 "	60 : 18	1,50 "	1,10 "	60 : 44
"	40 "	14 "	60 : 21	0,95 "	0,50 "	60 : 32
"	40 "	40 "	60 : 60	0,65 "	0,85 "	60 : 78
"	26 "	16 "	60 : 37	0,95 "	0,55 "	60 : 34
"	42 "	36 "	60 : 51	1,15 "	1,00 "	60 : 52
"	24 "	28 "	60 : 70	0,55 "	0,45 "	60 : 49
"	14 "	20 "	60 : 86	0,60 "	0,85 "	60 : 85
"	58 "	60 "	60 : 62	0,95 "	1,80 "	60 : 113
"	26 "	26 "	60 : 60	0,75 "	0,65 "	60 : 52
"	22 "	30 "	60 : 81	0,35 "	0,40 "	60 : 68
"	34 "	16 "	60 : 28	0,85 "	0,65 "	60 : 46
"	52 "	56 "	60 : 64	1,50 "	1,20 "	60 : 48
"	20 "	26 "	60 : 78	0,85 "	1,15 "	60 : 81
"	28 "	36 "	60 : 77	0,95 "	1,05 "	60 : 60
"	42 "	46 "	60 : 65	1,55 "	1,35 "	60 : 52
"	18 "	44 "	60 : 146	0,70 "	1,05 "	60 : 89
"	30 "	22 "	60 : 44	0,75 "	1,00 "	60 : 86
"	28 "	26 "	60 : 55	0,75 "	0,63 "	60 : 49
"	62 "	36 "	60 : 34	1,45 "	1,65 "	60 : 68
"	98 "	70 "	60 : 42	3,05 "	4,55 "	60 : 89
"	54 "	26 "	60 : 29	1:60 "	1,50 "	60 : 56
"	18 "	30 "	60 : 100	0,75 "	0,90 "	60 : 72
"	32 "	8 "	60 : 15	0,65 "	0,50 "	60 : 46
"	18 "	18 "	60 : 60	0,55 "	0,45 "	60 : 49
"	52 "	42 "	60 : 48	1,35 "	1,10 "	60 : 49
"	24 "	20 "	60 : 50	0,80 "	0,60 "	60 : 45
"	54 "	40 "	60 : 44	1,45 "	1,15 "	60 : 47
"	12 "	48 "	60 : 240	0,50 "	1,45 "	60 : 174

Lakmus	Sposob Naegli Sahli			Sposób Freund Liebleina		
	Kwaśne	Zasadowe	Stosunek	Kwaśne	Zasadowe	Stosunek
kwaśne	54 ctm ³ .	28 ctm ³ .	60 : 31	1,80 O ₂ P ₅	1,00 O ₂ P ₅	60 : 33
"	22 "	12 "	60 : 33	0,70 "	0,45 "	60 : 39
"	36 "	60 "	60 : 100	0,95 "	1,40 "	60 : 88
"	18 "	30 "	60 : 100	0,75 "	0,60 "	60 : 52
"	18 "	22 "	60 : 73	0,30 "	0,50 "	60 : 100
"	30 "	40 "	60 : 80	0,60 "	0,65 "	60 : 65
"	40 "	24 "	60 : 36	1,45 "	1,05 "	60 : 43
"	46 "	26 "	60 : 34	1,35 "	1,05 "	60 : 47
"	80 "	48 "	60 : 36	2,40 "	1,95 "	60 : 49
"	50 "	46 "	60 : 55	1,25 "	0,90 "	60 : 43
"	34 "	28 "	60 : 49	1,20 "	0,80 "	60 : 40
"	16 "	20 "	60 : 75	0,50 "	0,35 "	60 : 42
"	26 "	21 "	60 : 48	0,50 "	1,20 "	60 : 144
"	56 "	20 "	60 : 21	0,65 "	0,55 "	60 : 51
"	59 "	25 "	60 : 25	0,85 "	1,15 "	60 : 82
"	70 "	90 "	60 : 77	1,70 "	1,55 "	60 : 45
"	18 "	46 "	60 : 153	0,75 "	1,05 "	60 : 84
"	52 "	36 "	60 : 41	1,35 "	1,45 "	60 : 64
"	92 "	80 "	60 : 50	2,20 "	1,65 "	60 : 45
"	48 "	22 "	60 : 27	0,55 "	0,25 "	60 : 27
"	66 "	48 "	60 : 44	1,45 "	1,60 "	60 : 66
"	12 "	32 "	60 : 160	0,15 "	0,65 "	60 : 260
"	38 "	32 "	60 : 50	1,20 "	1,10 "	60 : 55
"	50 "	60 "	60 : 72	1,05 "	1,15 "	60 : 66
"	38 "	34 "	60 : 53	0,75 "	0,85 "	60 : 68
"	52 "	42 "	60 : 48	0,75 "	0,90 "	60 : 72
alkalicz.	10 "	118 "	60 : 708	0,25 "	1,10 "	60 : 260
kwaśne	24 "	36 "	60 : 90	0,25 "	0,50 "	60 : 120
"	52 "	30 "	60 : 35	1,30 "	1,20 "	60 : 55
"	28 "	20 "	60 : 43	0,60 "	0,30 "	60 : 30
"	24 "	20 "	60 : 50	0,55 "	0,65 "	60 : 71
"	10 "	24 "	60 : 144	0,35 "	0,45 "	60 : 77
"	82 "	36 "	60 : 26	2,35 "	1,65 "	60 : 42
"	44 "	30 "	60 : 41	0,75 "	1,15 "	60 : 46
"	28 "	64 "	60 : 137	0,50 "	1,80 "	60 : 92
"	34 "	30 "	60 : 53	0,70 "	0,75 "	60 : 64
"	56 "	38 "	60 : 41	1,95 "	1,30 "	60 : 39

Lakmus	Sposób Nægli Sahli			Sposób Freund Liebleina		
	Kwaśne	Zasadowe	Stosunek	Kwaśne	Zasadowe	Stosunek
kwaśne	42 ctm ³	48 ctm. ³	60 : 68	0,75 P ₂ O ₅	1,25 P ₂ O ₅	60 : 100
„	16 „	10 „	60 : 38	0,45 „	0,15 „	60 : 20
„	44 „	32 „	60 : 34	1,15 „	1,20 „	60 : 62
„	42 „	34 „	60 : 48	1,35 „	1,00 „	60 : 44
„	26 „	22 „	60 : 51	0,45 „	1,25 „	60 : 33
„	16 „	20 „	60 : 71	0,35 „	0,20 „	60 : 34
„	40 „	24 „	60 : 36	1,05 „	0,90 „	60 : 51
„	42 „	38 „	60 : 54	1,15 „	0,85 „	60 : 44
„	34 „	54 „	60 : 95	0,50 „	0,55 „	60 : 66
„	32 „	36 „	60 : 56	0,80 „	0,80 „	60 : 60
„	12 „	52 „	60 : 260	0,20 „	0,90 „	60 : 270
„	32 „	36 „	60 : 67	0,75 „	0,90 „	60 : 72
„	40 „	38 „	60 : 63	1,15 „	0,85 „	60 : 44
„	48 „	94 „	60 : 117	1,25 „	1,45 „	60 : 70
„	26 „	68 „	60 : 156	0,35 „	1,35 „	60 : 70

Z tablicy Nr. V widzimy, że czas ma bardzo mały wpływ na zmianę reakcji o ile mocz przechowano w pokojowej temperaturze i zabezpieczono od wpływu bakteryi.

Reasumując wszystkie wyżej wymienione dane, przychodzimy do następujących wniosków:

1) że lakmus wykazuje bardzo często oddziaływanie kwaśne w tych wypadkach, kiedy ilość kwaśnych fosforanów znajduje się w moczu poniżej normy i stosunek ich do fosforanów zasadowych przemawia za oddziaływaniem amfoternem a nawet słabo alkalicznem.

2) że przyczyną powyższego zjawiska są związki kwaśne organiczne nie podlegające działaniu uranu, a oddziaływające na barwnik lakmusu.

3) że kwasowość moczu zależna jest nie tylko od kwaśnych fosforanów.

4) że wyrażanie kwasowości w absolutnych cyfrach bądź w ilości P₂O₅ w litrze, bądź w ilości $\frac{N}{10}$ NooH potrzebnych do zneutralizowania 100 ctm³ moczu nie ma żadne-

go praktycznego znaczenia i dla tego należy podawać stosunek kwaśnych związków do zasadowych.

5) ponieważ kwasowość moczu zależy nie tylko od fosforanów, należy więc jednocześnie określać w moczu ilość kwaśnych fosforanów i mianować go $\frac{N}{10}$ ługiem, różnice otrzymane w ten sposób dają pojęcie o związkach kwaśnych organicznych lub nieorganicznych znajdujących się równocześnie w badanym moczu.

i 6) ponieważ poszczególne porcje moczu jednego i tego samego osobnika posiadają różną kwasowość, należy ją określać w przeciętnej próbie z całej dobowej ilości.

II.

SEKCJA SKÓRNO-WENERYCZNA W WARSZAWSK. TOWARZYSTWIE LEKARSKIM.

Posiedzenie 18 grudnia 1910 r.

I Kol. W. Sterling przedstawił przypadek Grzybicy guzowatej (*Mycosis fungoides*).

Kobieta 55 l., skarży się na silne swędzenie wskutek wysypki, która wystąpiła jakoby przed 6 miesiącami na uwłosionej skórze głowy, potem na kończynach dolnych i tułowiu, wreszcie na kończynach górnych. Górna powierzchnia czaszki pokryta jest skórą zaczerwienioną, nacieczoną dość znacznie i obficie pokryta łuskami. Na górnych kończynach dość obficie rozsiane ogniska o wyglądzie typowego eczema papulo—squamosum, na obu goleniach i grzbiecie stóp — eczema madidans. Na tułowiu, na bocznej prawej okolicy brzusznej i na prawej okolicy podłopatkowej widać dwa ogniska owalne, płasko-guzowate, o 2—5 ctm. średnicy, barwy sinawej, mocno nacieczone, nieco moknące, gdzieniegdzie pokryte strupem. W 4 dni po wstąpieniu do szpitala na lewym ramieniu wystąpiło wzniesienie pęcherzowate, zajmujące powierzchnię 10×5 ctm., z zawartością ropną. Po opadnięciu naskórka ognisko robi wrażenie oparzenia.

Ze względu na guzowatości, miejsca pryszczycowate, silne swędzenie i przebieg kliniczny, S. stawia rozpoznanie *mycosis fungoides*.

W dyskusji Watraszewski, Wojciechowski i Bernhardt przemawiają za grzybicą guzowatą i uzasadniają rozpoznanie.

II Kol. R. Bernhardt—przedstawił przypadek trwałego wyleczenia Wilka pospolitego (*Lupus vulg.*).

20-letnia N.—Przed 5 i pół laty leczyła się na oddziale chorób skórnych w szpitalu Ś-go Łazarza. Leczenie polegało na stosowaniu maści pyrogallusowej (podług wzoru Finsen'a), oraz na naświetlaniu promieniami X. Po 3 miesięcznym pobycie w szpitalu, leczyła się prywatnie. Stosowano elektrolizę oraz rentgenoterapię. Bez leczenia chora pozostaje już 4½ lat. Od tej pory nie było żadnych czynnych objawów wilka ani na skórze nosa, ani na jego błonie śluzowej.

W dyskusji przewodniczący kol. Watraszewski zwraca uwagę na nader pomyślne i trwałe wyniki leczenia tego przypadku.

III Kol. Zaleski przedstawił przypadek *Lues tuberculo-sclerosa serpigiosa*.

Chora L., prostytutka, lat 25, o doskonałym wyglądzie, zaraziła się syfilisem przed 8 laty. Prócz 8 wstrzykiwań rtęciowych w ciągu pierwszych 4 lat nie leczyła się wcale. Przed 4 laty zaczęły występować na obydwuch pośladkach niewielkie owrzodzenia, wielkości ziarna grochu, szybko zlewające się i w ten sposób tworząc większe owrzodzenia. Te częściowo się zablizniały, z drugiej jednak strony szerzyły się obwodowo. Pomimo energicznego swoistego leczenia (chora w ciągu tych czterech lat dostała około 70 wstrzykiwań rtęciowych, około 120 wcierań, 84 butelek Zittmanna, dużą ilość KI i kilkadziesiąt wstrzykiwań *Natr. kakodylicum* 10%) sprawa chorobowa trwa dotychczas. Obecnie na prawym pośladku sprawa ukończona. Powstały cienkie blizny z poszczególnymi dołkami, jako śladami po zabliznionych owrzodzeniach. Na lewym pośladku i na tylnej powierzchni górnej części lewego uda sprawa również ukończona. W dolnej zaś części lewego uda sprawa nie ustępuje, tworząc wciąż nowe, szybko zlewające się owrzodzenia, miejscami dość głębokie i tylko częściowo zabliznione.

W dyskusji przewodniczący kol. W a t r a s z e w s k i oraz kol. W o j c i e c h o w s k i doradzają zastosowanie preparatu Ehrlicha 606.—Kol. K o z e r s k i przemawia za hecyną. Kol. S o b i e r a ń s k i radzi głęboko i dokładnie wyłyżczkować owrzodzenia,—rada, którą podziela również i przewodniczący.

IV Kol. B e r n h a r d t w imieniu nieobecnego kol. Matuszkiewicza demonstruje chorego i preparaty drobnowidzowe z przypadku, dawniej przedstawionego jako *Casus pro diagnosi*.

Obecne rozpoznanie brzmi „*Tuberculosis cutis*“. Przypadek zasługuje na uwagę ze względu na szybkie występowanie wykwitów w postaci niemal wysypki (*tuberculosis exanthematica*), na ułożenie symetryczne, brak owrzodzeń oraz wielką skłonność do rozwoju wstecznego przy dobrym ogólnym stanie chorego.

Badanie drobnowidzowe skrawków wykazuje typową budowę gruzełka. Laseczników gruźliczych nie wykryto.

V Kol. R. B e r n h a r d t przedstawił przypadek choroby D ü h r i n g a (*Dermatitis herpetiformis Dühringi*).

46-letni mężczyzna. Pierwsze zmiany skóry wystąpiły przed 6 m. głównie na dolnych kończynach i znikły samoistnie, pozostawiając b. intensywne ciemno-brunatne zabarwienie skóry, dziś jeszcze widoczne.

Obecne zmiany trwają kilka tygodni i mieszczą się głównie na tułowiu, oraz górnych kończynach. Osutka wielopostaciowa typu rumienia zwykłego, rumienia grudkowego, pęcherzyków i pęcherzy do wielkości orzecha włoskiego. Ułożenie pęcherzyków grupami lub wianuszkami. Szerzenie obwodowe z zanikaniem środkowym i obfitem wytwarzaniem ciemno-brunatnego barwnika w skórze. Swędzenie umiarkowane. W zawartości pęcherzyków około 60% w, we krwi 12% eozynofilów.

VI Kol. J. Wiśniewski okazał fotografię i preparaty drobnowidzowe nabłoniaka skóry.

VII Kol. J. Wiśniewski przedstawił chorą z Adenoma sebaceum telangiectodes.

Zosia K. lat 15 ma brodawkowate i nacyniowate wzniesienia na twarzy i szyi. Cierpi przytem na padaczkę i, jako umysłowo niedorozwinięta, umieszczona w przytułku dla dzieci umysłowo upośledzonych, istniejącym przy gminie ewangelickiej.

Rodzice bardzo nerwowi. Ojciec artysta malarz, cierpi na tic głowy i twarzy, jest bardzo inteligentny i nadzwyczaj prze czulony; taką też jest i matka. Podczas ciąży (z Zosią) matka była do najwyższego stopnia zdenerwowaną. Zosia ma dwóch braci starszych, z których pierwszy bardzo zdolny, jest obecnie na uniwersytecie Lwowskim, drugi zaś jest żołnierzem i wybitniejszych zdolności nie okazuje. Natomiast młodszy od Zosi brat jest bardzo tępy i niezdolny. Zosia w 5 roku życia przechodziła płonicę. Na kilka dni przed płonicą upadła z krzesła głową na ziemię z taką siłą że przebiła siatkę w krześle. Czy padaczka wystąpiła po tym upadku, trudno orzec, gdyż jedni, jak matka, mówią, że w 11 roku życia, inni podają, że już wcześniej cierpiała na padaczkę.

Choroba skóry zaczęła się na szyi w 9 roku życia przed 6 laty w postaci małych czerwonych plam, które zginęły. Natomiast czerwone plamy wielkości łebka szpilki do dużej soczewicy w postaci brodawek koloru zwykłej skóry pojawiły się na twarzy i zgrupowały się przeważnie w brózdzie nosowej z obu stron.

Chorobę tę uważa za adenoma sebaceum telangiectodes.

VIII Kol. J. Wiśniewski przedstawił chorą ze zmiannami paznokci, leczoną promieniami Roentgen'a.

L. K. lat 19. zajmuje się szyciem. Skarży się od roku na zniekształcenie paznokci na dużym, wskazującym i średnim palcach prawej ręki i na dużym i wskazującym palcach lewej ręki to w postaci poprzecznych brózd, to w postaci defektu na paznokciach, przytem kolor paznokci zmienił się na brunatny. Ojciec chorej umarł przed 14 laty na suchoty. Matka zdrowa, lecz wątła, ma obecnie lat 43. Chora ma dwóch braci, jeden lat 17, zdrów i dobrej budowy, drugi lat 14, zdrów, lecz wątły.

Sama chora mniej, niż średniego wzrostu i dobrej budowy, w dzieciństwie przechodziła szkarlatynę, odrę i wietrzną ospę. W zeszłym roku na jesieni pluła krwią przez 3 dni i przebyła jakiś czas w sanatorium w Otwocku, gdzie się znaczenie poprawiła, krwią od czasu do czasu pluje. Kol. Podkóliński żadnych zmian ani w płucach ani w innych organach nie znalazł.

Zmiany na paznokciach wystąpiły od roku, przytem niektóre chore paznokcie schodziły, a na ich miejsce zjawiały się również chore. Po dwóch seansach Roentgenowskich nastąpiło znaczne polepszenie.

Posiedzenie 13 stycznia 1911 r.

I Kol. Rosenberg przedstawił chorą z guzeczkiem na brodzie oraz bliżenkami w sąsiedztwie. Rozpoznaje wilka pospolitego.

W dyskusyi kol. Bernhardt zaznacza, że w danym przypadku nie widać gruzelków, które upoważniłyby do rozpoznawania sprawy gruźliczej. Jest to widocznie banalne zapalenie skóry.— Kol. W atraszewski zwraca uwagę, że podobne zmiany spostrzegać można przy wągrach, trądziku pospolitym, kaszakach i t. p. Kol. Rosenberg obserwuje chorobę dopiero 2—3 dni. Rozpoznanie pragnie rozstrzygnąć na zasadzie drobnowidzowego badania wyciętej skóry.

II Kol. Racinowski przedstawił dziedzicznego syfilityka z *Cutis verticis gyrata*.

W dyskusyi kol. Kozerski zapytuje, czy spostrzegane zmiany skóry są wrodzone, czy też nabyte. W pierwszym przypadku można by je podciągnąć do objawów lues hereditariae. Analogiczne zmiany widywał przy akromegalii. Kol. Racinowski rozmawiał z rodziną chorego, która zmian tych nie spostrzegła u swego syna, gdy był w wieku dziecięcym. Kol. W atraszewski sądzi, że kwestycę tę rozstrzygnąć może leczenie swoiste.

Kol. Bernhardt przypomina, że przedstawiał w swoim czasie 1 przypadek *cutis verticis gyrata*+*cutis laxa* oraz 1 przypadek *cutis nuchae gyrata*.

Posiedzenie 17 lutego 1911 r.

I Przewodniczący kol. W atraszewski wygłosił rzecz o „Technice dożylnego stosowania Salwarsanu“ oraz przedstawił instrumentarium, przez siebie używane.

II Kol. Pręczkowski w zastępstwie nieobecnego kol. Zaleskiego przedstawił przypadek *Tuberculides papulonecroticae*.

Posiedzenie 10 marca 1911 r.

I Kol. Rosenberg przedstawił przypadek *Dermatitis herpetiformis Dühringii* u kobiety ciężarnej.

Chora H. R. w wieku lat 34. Cierpienie rozpoczęło się pół roku temu: chora zaczęła odczuwać swędzenie i palenie w dolnej części prawego uda, w pobliżu fossae popl., gdzie wystąpiły zaczerwienienie i pęcherzyki. W krótkim czasie cierpienie rozszerzyło się prawie na całe ciało. Po 8 tygodniach wykwity znikły, pozostawiając po sobie pigmentację. Około 4 miesięcy chora była prawie zupełnie wolną od cierpienia, od czasu do czasu tylko występowało gdzieś swędzenie i oddzielne wykwity w postaci małych grudek. 3 tygodnie temu nastąpiło znaczne nasilenie cierpienia: chora zaczęła odczuwać silne swędzenie prawie na całym ciele, przyczem w wielu miejscach pojawiły się liczne wykwity pęcherzykowe. Zgłosiła się do mnie po raz pierwszy 28 lutego r. b. St. pr. Chora prawidłowej budowy, średnio odżywiana, znajduje się w 3-im miesiącu ciąży.



Na tułowiu i kończynach górnych znajdują się liczne pigmentacje i gdzieniegdzie powierzchowne pigmentowane bliznki.

Na kończynach dolnych (na wewnętrznej powierzchni obu ud i na gołeniach) znajdują się liczne wykwitły w postaci papulae, papulo-vesiculae i vesiculae, ułożonych grupami, prócz tego znajdują się też zmiany wtórne w postaci plaków ekzematycznych, rozdrapań i pigmentacji.

W dyskusyi kol. Rosenberg różniczuje pomiędzy Dermat. herpet. i herpes gestationis. Kol. W a t r a s z e w s k i zwraca uwagę na niesłuszność takiego rozdrabniania obrazów klinicznych.

II Kol. W i ś n i e w s k i przedstawił 33-letnią kobietę z C a r c i n o m a m a m m a e s i n. i n o p e r a b i l e.

III kol. W i ś n i e w s k i przedstawił 45-letnią kobietę z wołem (S t r u m a). Po 2 naświetleniach promieniami X obwód szyi zmniejszył się z 48 ctm. na 45 ctm.

IV Kol. K o p y t o w s k i okazał preparaty drobnowidzowe G r z y b n i s t r u p i e n i o w e j w e w ł o s i e.

V Kol. P r ę c z k o w s k i przedstawił chorobę ze zmianami skóry, spowodowanymi przez niecelowe leczenie świerzby (D e r m a t i t i s a r t e f a c t a m e d i c a m e n t o s a).

W dyskusyi kol. W o j e i e c h o w s k i rozpoznaje lichen rub. planus. Kol. W a t r a s z e w s k i przytacza wywiady tego przypadku. Okazuje się, że cała rodzina cierpiała na jakąś swędzącą wysypkę—oczywiście świerzbę. Nacierano się płynem, zawierającym—wedle słów chorej—arszenik. Prawdopodobnie jednak był to preparat Stibium. Mówca wspomina jeszcze o analogicznym przypadku w szpitalu Ś-go Łazarza, przed laty spostrzeganym. Był to mężczyzna, który z powodu świerzby leczył się na wsi siarczanem miedzi.

VI Kol. W e r n i e przedstawił dziewczynkę z lichen ruber planus linearis.

Dziewczynka lat 5 od 4 tygodni ma na dolnej kończynie prawej wzdłuż nerwu kulszowego od uda do stopy wysypkę swędzącą w postaci grudek płaskich gdzieniegdzie błyszczących, ułożonych wąskim pasem. Małe gniazdo łuszczące się w postaci kółka pod lewym okiem. W. rozpoznaje Lichen ruber planus linearis, a pod okiem ognisko łojotokowe.

R Bernhardt.

Z POSIEDZENIA TOW. DERM. I SYF. W PARYŻU.

1. Purpura i polyneuritis.

Gaucher, Gougerot i Dubose przedstawili 37-letnią kobietę, dotkniętą purpurą i polyneuritis. Przed 3-ma miesiącami zauważyła ona drętwienie zewnętrznej połowy obu stóp; jednocześnie wystąpiły na stopach czerwone plamy, które wkrótce pokryły całe dolne kończyny, po upływie zaś 3 tygodni ukazały się i na górnych. Obecnie na kończynach dolnych, szczególnie na gołeniach i wyprostnych powierzchniach górnych obfita plamica (purpura). Na kończynach i tułowiu, silniej wyrażone na pierwszych, zaburzenia czucia: nadmierna wrażliwość na zimno, uczucie kauczuku pod stopami i przy dotykaniu, zaburzenia w czuciu t^o; na kończynach pnie nerwowe i mięśnie bolesne przy ucisku. Ruchy powolne, niezręczne; towarzyszą im bóle mięśniowe, odruchy zachowane, żywe; zaników niema, przyczyna zapalenia nerwów—wyraźny, choć umiarkowany alkoholizm.

(Bul. de la soc. fr. de Derm. et de syph. 1911 r. Nr. 1).

M. Paschalis.

2. Zmiany paznokci i nadmierne rogowacenie naskórka na rękach na tle zatrucia ołowiem.

G. Thibierge i R. J. Weissenbach przedstawili chorego, u którego przed 5 laty na paznogciach prawej ręki ukazały się białe plamy, paznogcie zaczęły grubieć, w 3 lata potem kruszyć się, odpadać; na początku były przejściowe bóle w palcach. Chory jest malarzem pokojowym; na kilka lat przed wystąpieniem powyższych zmian cierpiał na kolkę ołowianą; żadnych chorób skórnych ani kiły nie przechodził. Zmiany obecnie przedstawiają się jak następujące: na wszystkich palcach prawej ręki na miejscu paznokci mamy różnej grubości warstwę rogową, najgrubszą na brzegach, gdzie jest twarda; na powierzchni tej warstwy widzimy zagłębienia i pręgi. Naokoło sino-czerwona, wzniesiona obwódka, wskazująca na stan zapalny macierzy paznokcia. Na palcach, a szczególnie dłoni prawej ręki znacznie zgrubienie naskórka; siła mięśniowa prawej ręki osłabiona, poza tem, prócz nieznacznej anemii z szarym odcieniem

skóry i lekkiej żółtaczkii łącznie żadnych objawów zatrucia ołowiem nie znaleziono.

Bul. de la soc. fr. de dermat. et de syph. 1910 r. Nr. 9).

M. Paschalis

3. Poronne leczenie kiły za pomocą hectine'y. H. Hallopeau.

W stwardnieniu pierwotnem, istniejącem od 1-30 dni, po stwierdzeniu w wydzielinie krętka bladego i obrzęku odpowiednich gruczołów chłonnych, autor zastrzykiwał pod napletek z początku jak najbliższej ogniska 20 centigram hectine'y; leczenie to stosował w ciągu dni 30 codziennie, zastrzykując w tym czasie 20 razy po 0,02 będzwinianu rtęci pod skórę pośladków; na miejscu zastrzyknięcia hectine'y powstawał obrzęk i krótkotrwały ból; w ciągu 6-u dni ognisko się zablizniało, gruczoły stopniowo znikaly. Inni lekarze potwierdzili ten wynik. U 18 leczonych w ten sposób chorych autora, obserwowanych potem w ciągu 3 miesięcy do 2 lat, nie wystąpiły żadne objawy wtórne.

Chory Guiard'a w 4^{1/2} miesięcy po powyższem leczeniu zaraził się powtórnie. Na 161 chorych, leczonych w podany tu sposób chorych nie było ani jednego wyniku ujemnego.

Na zasadzie powyższych danych, autor uważa syfilityków, którzy poddali się powyższemu leczeniu, za wyleczonych zupełnie i pozwala im zawierać związki małżeńskie, przeciwko czemu jednak wystąpiła większość zabierających głos lekarzy, nie podzielając optymizmu autora. (Gaston, Butte, G. Thibierge, Milian, Renault).

(Bul. de la soc. fr. de dermat. et de syph. 1910 r. Nr. 9).

M. Paschalis.

4. W sprawie miejscowego leczenia pierwotnego owrzodzenia kiłowego. Fage i Le Blaye.

W tym celu zastrzykiwano z powodzeniem w bliskości owrzodzenia atoxyl, hydrargyrum cyanatum (1:1000), hectine'ę; przy tym ostatnim środku stosowano również podskórnie hectine'ę A lub hydrarg. benzoat. Autorzy poddali miejscowemu leczeniu 10 przypadków owrzodzenia pierwotnego łatwo dostępnego (na wargach, wargach sromnych, prąciu); zastrzykiwali w samo owrzodzenie lub pod nie hydr. cyanatum (1:1000; 1:2000 początkowo; później zaś 2:100, używając tego ostatniego roztworu 1/2 ctm.³, a nawet mniej). Zabiegowi temu towarzyszy silny, trwający parę godzin ból i parodniowy obrzęk, owrzodzenie jednak goi się b. szybko, niekiedy już po jednym zastrzyknięciu. W ten sam sposób działa hectargyre (hectine+hg.) W jednym przypadku stosowano „606“; b. duże owrzodzenie zablizniło się w ciągu 8-u dni. Hectine'a wywołuje ból i obrzęk mniejsze, lecz gojenie pod jej wpływem trwa dłużej, niż przy wyżej wymienionych środkach; zastrzykiwano ją w ilości 10 centygramów codziennie lub co drugi dzień. Według zdania autorów niezależnie od poglądów na poronne leczenie przymiot, do ogólnego stosowania Hg. powinno być dodane miejscowe, gdyż wtedy objawy znikają daleko szybciej.

Leredde, zaznaczając, że owrzodzenie pierwotne jest już wyrazem zakażenia ogólnego, wypowiada się za leczeniem miejscowem wówczas tylko, gdy pomimo ogólnego zakażenia, owrzodzenie nie goi się.
(Bul. de la soc. fr. de dermat. et de syph. 1911 r. Nr. 1).

M. Paschalis.

5. Sulzer i Balzer zwracają uwagę że zaburzenia wzrokowe, występujące przy stosowaniu hectine'y, mają charakter dobrotliwy, przejściowy i spotykają się daleko rzadziej, niż przy atoxylu, arsacetine i t. p. Naturalnie, że przy ich wystąpieniu trzeba natychmiast przerwać stosowanie hectine'y.

(Bul. de la soc. fr. de dermat. et de syph. 1910 r. Nr. 9).

M. Paschalis.

BERLIŃSKIE TOWARZYSTWO LEKARSKIE.

Posiedzenie 6 listopada 1910 r.

Prof. Schreiber-Magdeburg O wstrzykiwaniu śródżylnem „606“.

Sch. ma obecnie 635 chorych, którym wstrzyknął raz, w 92 przypadkach 2 razy, a w 5 przypadkach nawet 3 razy. Obok tego ma 15 chorych, którym wstrzyknął śródmięśniowo, może więc oba sposoby porównać. Poważnych zbroczeń po wstrzyknięciu śródżylnem nie widział Sch. nigdy, w szczególności nie zauważył ciśnienia ze strony oka, nerek lub narządu krążenia. Powiększenie ciśnienia krwi, występujące po 200 cm.³, jest tak małe, że praktycznie nie wchodzi w rachubę. Podwyższenie gorączki nie jest nieprzyjemnym objawem ubocznym, lecz odczynem, jak to występuje po rozpoznawczo-leczniczym zastosowaniu wielkich dawek tuberkuliny. Najczęściej gorączka łączy się z odczynem Herxheimera. Gorączkę należy odnieść do uwolnienia się toksyn, rozpadu krętków, zwłaszcza że zawsze w 24 godziny po wstrzyknięciu nie było już krętków w zmianach pierwotnych. Innym objawem odczynowym jest obrzęk lokalny, występujący naokoło zmiany pierwotnej. Na to trzeba zwracać uwagę gdyż może ono stać się groźnym, jeśli ognisko kilowe znajduje się w rdzeniu przedłużonym, sercu lub innym miejscu, dla życia ważnym, i występuje taki obrzęk reakcyjny, który mógłby wywołać bardzo groźne zbroczenia, nawet śmierć. Wstrzykn. śródżylnie działa szybciej, niż podskórne. Zasadą Sch. jest przy wstrzykn. śródżylnem drugi raz wstrzyknąć, jeśli zwłaszcza po 4 tygodniach Wassermana jeszcze dodatni, czy to śródżylnie, czy śródmięśniowo. Temu należy przypisać, iż dotąd tylko 2 razy miał nawroty—obaż chorzy sprzeciwili się powtór-nemu wstrzykn. śródżylnemu. Co do Wassermana, to najczęściej już pierwsze wstrzyknięcie zrobiło go ujemnym. Jeśli pierwsze tego nie sprawiło, to uczyniło to drugie, a bardzo rzadko Sch. musiał robić trzecie. I to trzecie wstrzyknięcie znosili chorzy bez dolegliwości. Sch. sądzi wobec tego, iż obawa przed wstrzyknięciem śródżylnem jest przesadzoną. Obawiają się najczęściej zatorów powietrznych. Kto raz widział wstrzykn. śródżylnie, kto widział, że można mieć w strzykawce wielką bańkę powietrzną, że mimo to łatwo można uniknąć wytwarzania embolii powietrznych, będzie z tej obawy wyleczony. Sch. poleca, zwłaszcza w klinikach pracującym lekarzom, najpierw wstrzyknąć śródżylnie, a później jeszcze raz śródżylnie lub śródmięśniowo. Fakt, że dotychczas wykonał Sch. 885 wstrzykn. śródżylnych a w żadnym przypadku nieszczęście się

nie przydarzyło, poucza, że ma prawo polecić wstrzykn. śródżylne jako sposób klinicznie leczniczy.

Dr. Schindler—Berlin: Już teraz jest pewnem, iż w leczeniu świeżej kiły jednorazowa dawka „606” nie wystarcza i że zniszczenie krętków udaje się tylko pokilkakrotnem zastosowaniu „606” in dosi refracta w połączeniu z rtęcią. Podstawą tego leczenia są doświadczenia pani Dr. Margulies w zakładzie Ehrlicha, stwierdzające, że krętki blade nie stają się przeciw „606” — odporne i że także przez wielokrotne wstrzykiwanie nie stają się nadmiernie wrażliwe. tak że „606” należy kilka razy wstrzyknąć. Jeżeli więc leczenie kiły ma polegać na kilkakrotnem wstrzyknięciu w krótkich przerwach, to przy tym tak silnie działającym leku jest to wtedy możebnem, jeśli obok wstrzyknięcia śródżylnego, mamy sposób podskórny, prosty w stosowaniu, a skuteczny przy możliwie małej objętości zawiesiny. Zawiesina parafinowa „606” ma bowiem wielką wadę: 1) że paraffinum liquidum nie ulega wessaniu i często przez wiele lat pozostaje niezmienione w tkankach i 2) zawsze potrzeba dużej objętości tego oleju do suspendowania większych ilości „606”. Temu ma zapobiedz zawiesina „606”, łatwo dająca się sporządzić i wstrzyknąć bez wywołania nacieków i bólów, którą będzie się postugiwał każdy lekarz, także niespecjalista. Nad otrzymaniem takiej zawiesiny pracuje Sch. z Neissem w klinice wrocławskiej.

Rosenthal—Berlin: Działanie leku polega na wielkiej ilości arszeniku, którą można w postaci nieszkodliwej wprowadzić do ustroju. Nie zapominajmy, że z 0.5 wprowadzamy 50 krotną ilość największej dawki kwasu arsenawego od razu do ustroju. Co się tyczy trwałego zniszczenia krętków, względnie wytwarzania prątkobójczych ciał, to rtęć przewyższa nowy lek. W pewnej liczbie przypadków pozostał Wassermann jednostajnie silnie dodatni — mimo zniknięcia objawów klinicznych. Zgorzeli ani ropni nigdy nie spostrzegaliśmy natomiast nacieków tak po wstrzyknięciu podskórnem, jak śródmięśniowem, obojętnie w której postaci lek zastosował. Celem uniknięcia miejscowych odczynów poleciłby R. rozdzielenie dawki, wstrzykując w obie strony tak śródmięśniowo, jak podskórnie, dalej bezwzględny spokój przez kilka dni. Klinicznie nie widział różnicy po różnych sposobach stosowania. R. zamierza używać jako środka do suspensyi płynnego wazenu, specjalnie przyrządzonego, bezwodnego, któremu też przyznaje pierwszeństwo przy nierozpuszczalnych solach rtęciowych. Może uzyskać się tym sposobem dobry przetwór trwały. Ani podwyższeniem dawki, ani powtórzeniem wstrzyknięcia nie osiągnięto dotychczas wielkiego leczenia, wyjaławiającego w myśli Ehrlicha. Potwierdza to żądanie Ehrlicha, by w kilka dni po wstrzykn. śródżylnem wstrzyknąć śródmięśniowo. Schreiber, który na tem polu ma największe doświadczenie, poleca również powtórzenie wstrzykn. śródżylnego i sądzi, iż do uzyskania wyników trwałych musi się połączyć lek z rtęcią i jodem. Wstrzykn. śródżylnego nie wolno bynajmniej uznać za obojętne. Wątpi, czy lekarz praktyczny będzie mógł takie wstrzyknięcie zrobić. Wymaga ono doświadczenia, wprawy i zgrabności. Nie jest obojętnem, gdyż wstrzykujemy blisko 200 gr., wymaga narzę-

dzi nienagannie zrobionych, i nie we wszystkich przypadkach można go użyć. Gdyby wstrzykn. śródżylne było bezwarunkowo koniecznym, to utrudniałoby rozpowszechnienie leku, „606” jest więc bezsprzecznie wzbogaceniem leczenia kiły, ale nie przewyższa rtęci, dając o wiele bezwzględniejsze i trwalsze wyniki. Może uda się Ehrlichowi sporządzić przetwór arsenikalny jeszcze skuteczniejszy. Głównym wymaganiem jest, by odczyn Wassermann'a zmienił się na stałe ujemny. Czy „606” będzie trzeba stosować razem z rtęcią i w jaki sposób je łączyć, czy pewne przypadki zarezerwuje się dla niego, czy się uda osiągnąć nim trwale wyleczenie, pouczy przyszłość.

Dermatologische Zeitschrift, 1911, z 2.

Baschkopf (Kraków).

BERLIŃSKIE TOWARZYSTWO DERMATOLOGICZNE.

Posiedzenie z d. 8 i 22 listopada 1910 r.

Rozprawa nad dotychczasowymi doświadczeniami z przetworem Ehrlicha-Haty.

E. Lesser: leczył 287 przypadków. Na tych miasto-
wy wynik otrzymał on we wszystkich okresach, szczegól-
nie jednak w przypadkach trzeciorzędnych i złośliwych. W kil-
wrodzonej ratuje lek niekiedy wprost życie. O trwaniu wyleczenia
nie można jeszcze nic pewnego orzec; „Therapia sterilisans magna”
tu w każdym razie nie zachodzi, gdyż tak inni lekarze, jak i on sam
sposobnie już wielką liczbę nawrotów; te występują wcześniej po
użyciu zawiesiny, niż sposobu **Alta**. Wpływ na odczyn surowicy
zaznacza się bardzo powoli. Co się tyczy wpływów dobroczynnych,
to zauważono przypadki śmierci tylko przy ciężkich chorobach ukła-
du nerwowego. **L.** widział w 2 przypadkach po 8—10 dniach wysoką
gorączkę i wysypkę, które jednak pomyślnie przebiegły. W oczach
i nerkach nie zauważono żadnych zaburzeń. Działanie miejscowe
zależy od sposobu stosowania. **L.** daje pierwszeństwo śródmięśni-
owemu wstrzyknięciu roztworu alkalicznego w dawkach 0.5—0.6.
Wstrzyknięcie śródżylnie nie jest obojętne: nadto zostaje lek zbyt
szybko wydzielanym. **L.** przestrzega, by przy wszelkim szacunku
dla nowego leku, nie zapomnieć o starych środkach: rtęci i jodzie.

Alt: mówi o leku ze stanowiska neurologa i psychiatry. Po-
leca dawki 0.4 w roztworze alkalicznym, naprzód najlepiej śródżylnie,
po 3—4 tygodniach jeszcze raz wstrzyknięcie śródmięśniowe. Kiła
mózgu, także starsza, ulega bardzo korzystnej zmianie, również późne
postacie padaczki na tle kiły. To samo tyczy się często taboparalysis;
natomiast wskazana jest wielka ostrożność przy paralysis spastica.
Korzystny wpływ spostrzegal **A.** też w rozpoczynającym się wią-
dzie: nieborność, drżenie, odruchy świetlne i rzepkowe poprawiły
się.

Hoppé: wstrzykiwanie leku nierozpuszczonego w zawiesinie
obojętnej lub parafinowej jest wprawdzie mniej bolesne, nie odpowia-
da jednak zamiarowi **Ehrlicha** i właściwemu celowi, gdyż powoli
zostaje wessanym i wydzielonym i dla tego może prowadzić do prze-
wlekłego zatrucia arsenem, następowym zatorom i zgorzełom. Roz-
czyn kwaśny działa bardziej trująco, niż zasadowy. Najlepiej rozpu-
szcza się lek w ługu sodowym i dodaje się czystej oliwy lub oliwy le-
cytynowej, przez co obniża się zasadowość i bolesność. Często
wpływa przetwór w wysokim stopniu na przeróbkę materji i to

w myśli wzmożenia endogenicznego kwasu moczowego, niekiedy 2—3krotnie—jest to ważne dla artrytyków.

Schreiber: wstrzyknął śródżylnie 655 chorem; używa roztworu zasadowego dawki 0,3—0,5 w 200 cm³ dystylowanej wody jałowej. Kaniulę bagnetowato zgietą wbija się do żyły, aż krew się pokaze, następnie wstrzykuje się 0 cm³ roztworu Nachl, potem lek w końcu jeszcze raz 10 cm³ Nachl. Poważnych zaburzeń nigdy nie widział, tylko raz nawrót. Gorączkę uważa za odczyn ustroju, skutkiem uwolnienia toksyn. Po drugim następowem wstrzyknięciu zwykle nie występuje gorączka. W pewnych przypadkach poleca się rozpoczynać od małych dawek 0,1—0,2, mianowicie, gdy są ogniska kłowe w sercu lub mózgu, może występujący odczyn doprowadzić do groźnych objawów.

Schindler: poleca wstrzyknąć naprzód śródżylnie, później jeszcze raz śródmięśniowo lub podskórnice.

Rosenthal: widzi wprawdzie w tym leku niewątpliwie wzbogacenie naszego skarbca leczniczego, przestrzega jednak usilnie przed przesadą. Widział przypadki, które zachowywały się odpornie. Główną wskazówką skuteczności jest odczyn Wassermana. Ten często zostaje dodatnim, lub wnet staje się znowu dodatnim. R. nie mógł znaleźć różnicy w działaniu między rozmaitymi sposobami przygotowania; polecić należy zawiesinę wazelinową. Jako objaw następczy zauważono erytyma exsudativum multiform i herpes zoster, raz ciężkie objawy zatrucia, które jednak przeszły. Wstrzyknięcie śródżylnie nie jest obojętne, nadto ulega lek szybko wessaniu i wydzieleniu. Bardzo poleca się bezwzględny spokój po wstrzyknięciu. Nowy środek wcale nie czyni zbytecznym stosowanie rtęci i jodu: niemi również osiągamy znakomite wyniki, jeśli tylko przeprowadzamy leczenie dobrze i odpowiednio.

Bruhns: poleca emulsię śródmięśniową w olejku łogowym, u mężczyzn 0,5—0,6, u kobiet 0,4—0,5. Na 97 przypadków zauważył 7 nawrotów, które wystąpiły po 10 dniach do 6 tygodni. Ocenienie (nawrotu) zależy od trwania choroby. Wyniku odczynu Wassermana nie można tak wysoko cenić; wynik ujemny ma tylko wartość, jeśli się go spostrzega przez dłuższy czas. Obecnie można już polecić ogólne stosowanie leku, może w połączeniu z rtęcią, co chorzy dobrze znoszą; szczególnie należy to polecić w okresie III, w II przy często występujących nawrotach i odpornem zachowaniu się rtęci. W każdym razie jednorazowym leczeniem Hatą samym nie zabija się krętków.

Blaschko: wysnuł wniosek ze swych spostrzeżeń, że trwałość działania leku pozostawia do życzenia, że nawroty występują liczniej, szybciej i także nieco ciężiej, niż po rtęci. Bądź co bądź przy występowaniu nawrotów trzeba być surowym krytykiem. Sposób wstrzykiwania nie ma, jak się zdaje, szczególniejszego znaczenia dla działania. Przy wstrzykiwaniu śródżylnem przemija działanie za szybko. Wskazanie pojmuję ściślej, niż Bruhns. Nie stosował by leku bez wyboru w każdym przypadku kiły świeżej lub starej, także nie w okresie utajenia. Może polecić ten lek u osobników wyniszczonych.

Citron: (klinika Kraussa): w kile nerwów i mózgu działa lek korzystnie tylko na bardzo świeże przypadki. Jeden przypadek

starej kily wątroby i 1 przypadek ostrego, żółtego zaniku wątroby skończyły się śmiercią, jednak nie z winy leku.

H e l l e r: donosi o poszczególnych przypadkach z częściowo świetnymi wynikami. W 1 przypadku mięsaka naczyniowego (angiosarkoma) nastąpiło wielkie zmniejszenie guza.

M F r i e d l ä n d e r: zrobił też dobre doświadczenia. Poleca leczenie ambulatoryjne: wstrzykiwanie 0,1 tygodniowo, 3—5 razy.

W. F r i e d l ä n d e r: widział wyśmienite działanie, ale i zawaody. W silnem oedema indurativum skutkiem wstrzyknięcia działają, jak się zdaje, fibrolizyna dobrze.

Dermat Centralblatt 1910, z. 3.

Baschkopf (Kraków).

ANNALES DE DERM. ET DE SYPHIL.

Nowe badania nad przyczyną łysiny plackowatej (alopecia areata). R. Sabouraud: Bazin był zwolennikiem pasorzytniczego pochodzenia tej sprawy chorobowej, co znów odrzucali Cazenave i L. Jacquet. Sabouraud poddawał dokładnemu badaniu chorych, dotkniętych powyższem cierpieniem, szczególniejszą zaś uwagę zwracał na tych, u których sprawa była rozległą. U chorych dzieci znajdował często zmiany właściwe przymiotowi dziedzicznemu (charakterystyczne uzębienie, budowa czaszki, swoiste zmiany w oczach, uszach i t. p.) tak, że za jedną z przyczyn, wywołujących łysinę plackowatą, uważa przymiot; większe znaczenie przypisuje dziedzicznemu, niż nabytemu; w ostatnim razie łysina może wystąpić w 9—12—20 lat po zarażeniu; prócz przymiotu mogą tu odgrywać rolę przyczyny i inne choroby zakaźne, jak np. gruźlica, odra, a także silny uraz np. w jednym przypadku postrzał.

W razie pochodzenia przymiotowego otrzymano za pomocą leczenia rtęcią poprawę; skutek był tem lepszy, im wcześniejszą sprawą. Autor uwzględnił też występowanie łysiny w rodzinie chorego. Na 100 przypadków nie mógł otrzymać żadnych objaśnień 19; z pozostałych 81—18 chorych wskazywało z całą pewnością na obecność cierpienia u jednego lub kilku członków rodziny, a mianowicie rodziców, rodzeństwa, krewnych. Przytem w rodzinach chorych zdarzała się stosunkowo często śmierć przy drgawkowych objawach zapalenia opon mózgowych, co wskazuje na gruźlicę lub przymiot.

(Ann. de dermat. et de syph. 1910 r. Nr. 11 i 1911 r. Nr. 2.)

M. Paschalis.

Odczyn Wassermann'a u chorych na łysinę plackowatą (alopecia areata). Du Bois. Na 14 zbadanych chorych odczyn wypadł dodatnio u 11-u, między tymi było 9 osób dorosłych, 2-je dzieci. Wyłysienie było we wszystkich przypadkach b. znaczne, w niektórych zaś zupełne; żaden z chorych nie przedstawiał objawów przymiotu ani dziedzicznego, ani nabytego. Zasługuje jednak na uwagę ta okoliczność, że każdy prawie chory był obarezony dziedzicznie (najczęściej gruźlica) i wiele małżeństw, w których jedno z małżonków było dotknięte łysiną, nie miało dzieci.

(Ann. de dermat. et de syph. 1910 r. Nr. 11.)

M. Paschalis.

Ch. Audry zauważył u 2-ch osób, że plamy sine, które pozostawiają na skórze mędowneski, są zupełnie gładkie, podczas gdy skóra na całym ciele wskutek drażnienia staje się chropawą „gęsią“. Objaw ten należy przypisać porażeniu mięśni przywłosnych; niewiadomo, czy jad, wydzielany przez mędowneski, działa w tych razach na nerwy czy też bezpośrednio na mięśnie.

(Ann. de dermat. et de syph. 1911 r. Nr. 2).

M. Paschalis.

E. Constantin poleca w łuszczycy języka i błony śluzowej jamy ustnej (leucoplakia) stosować prądy elektryczne o wielkiej częstotliwości. Opisuje technikę zabiegu i 10 przypadków, które leczył w ten sposób.

(Ann. de dermat. et de syph. 1911 r. Nr. 2).

M. Paschalis.

Pityriasis rubra pilaris jako cierpienie rodzinne. De Beurmann, Bith i Henge. Autorzy, zaznaczywszy, że dotąd nie podano opisu powyższej choroby u kilku członków jednej i tej samej rodziny, przytaczają swoje spostrzeżenia, dotyczące 4-go rodzeństwa, u których stwierdzili zupełnie typowo przebiegające pityriasis rubra pilaris. Przytem z wywiadów okazało się, że ojciec i 2 krewne chorych byli dotknięci temże cierpieniem. Jedno z chorych dzieci miało nacieczenie w prawym szczycie, ojciec często chorował na zapalenie oskrzeli, kaszlał; matka przechodziła zapalenie opłucnej; oprócz chorych było jeszcze dwoje rodzeństwa, skóra tych jednakże żadnych zmian nie przedstawiała. Już w 1906 roku Milian uważał *pityriasis rubra pilaris* za sprawę natury gruźliczej, a to opierając się na następujących danych: 1) często występującej gruźlicy u dotkniętych powyższem cierpieniem skórny, 2) istnienie spraw przejściowych między typową *pityriasis* a rozmaitemi chorobami skórny pochodzenia gruźliczego; 3) dodatnim odczynem na tuberkulinę u chorych na *pityriasis*. Ku pogładowi temu skłaniają się Gaucher i Darier.

Autorzy gotowi są również uznać charakter gruźliczy cierpienia; w spostrzeganych przez nich przypadkach przemawiają za tem: 1) u 3-ch chorych (4 nie zgodził się na próbę) otrzymano tak pod względem ogólnym iak i miejscowym dodatni odczyn tuberkulinowy (przy zastrzykiwaniu w skórę); 2) skłonność do znikania w lecie i nawrotów lub pogorszenia w zimie, co bywa przy różnych gruźliczych chorobach skóry (lupus pernio, lupus erythema totus, erythema nodosum i t. p.); 3) u jednej z chorych nastąpiło pogorszenie podczas ciąży, która, jak wiadomo, wpływa również ujemnie na przebieg gruźlicy.

(Ann. de dermat. et de syph. 1910 r. Nr. 12).

M. Paschalis.

Badania nad zawodowem zapaleniem skóry na rękach (*dermite professionnelle*). L. Jacquet i P. Jourdanet.

Podług ogólnie przyjętego zdania sprawa ta powstaje pod wpływem zewnętrznego drażnienia u osobników z zaburzeniami ze

strony narządów wewnętrznych, które powodują chorobliwą wrażliwość skóry. Leczenie, zwykle w tych razach stosowane, polega na usunięciu przyczyny i w stosowaniu miejscowym pasty cynkowej.

Autorzy zbadali dokładnie 27 osób z zapaleniem skóry na rękach na tle zawodowym lub po miejscowym stosowaniu lekarstwa. Z tych 13 cierpiało na zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego (odbijanie, wymioty, bóle w okolicy żołądka, zaparcie stolca), niektórzy miewali migrenę, byli b. nerwowi i t. p. Bardzo niewielu było zupełnie zdrowych. U 22 z liczby wszystkich chorych stwierdzono niewłaściwe odżywianie: zbyt obfite spożywanie ostrych używek, nadmierne używanie napojów, pokarmów, zbyt szybkie jedzenie, brak zębów. Leczenie polegało na usunięciu tych nadużyć wyłącznie lub też w połączeniu z leczeniem miejscowym i powstrzymaniu się od spełniania zwykłych zajęć. Polepszenia nie było tylko w 2 przypadkach, gdzie chore nie zachowywały przepisów higienicznych; w 9 przypadkach nastąpiło zupełne wyleczenie lub poprawa w ciągu 12 dni wyłącznie pod wpływem przepisów dietetycznych bez stosowania żadnych środków zewnętrznych i porzucania pracy. Podług autorów cierpienia skórne zarówno jak i zaburzenia przewodu pokarmowego są tu wynikiem nieodpowiedniego odżywiania się. Odgrywają tu rolę własności toksyczne niektórych pokarmów (np. alkohol, kawa) lub samozatrucie wskutek wadliwej przemiany materii; największe jednak znaczenie autorzy przypisują nadmiernemu drażnieniu żołądka przez zbyt obfitą ilość pokarmów, napojów, nieodpowiednią ich ciepłotę lub formę (niedostatecznie pogryzione). Tak powstałe zaburzenia żołądka i kiszek mogą na drodze nerwowej wywoływać wrażliwość wzmożoną u innych narządów, między nimi i skóry, na której pod wpływem różnych niekiedy błahych przyczyn zewnętrznych rozwijają się wtedy zapalenie; najczęściej umiejscawia się ono na rękach, jako najłatwiej podlegającym owym szkodliwym czynnikom, działającym z zewnątrz

Uspasabiają do cierpień skórnych również zaburzenia w innych narządach, np. w jajnikach, macicy, wstrząśnienia nerwowe i t. p.

(Ann. de dermat. et de syph. 1911 r. Nr. 1).

M. Paschalis.

Leczenie przymiotu przetworem 606. (według prac autorów niemieckich) Pellier. W nienadającym się do streszczenia artykule autor wylicza przetwory arseniku, używane przy leczeniu kiły i innych chorób, wywołanych przez krętki; przytacza ich wzory chemiczne, działanie na zarażone zwierzęta, wymienia związki arseniku, poprzedzające odkrycie „606“. Następnie przechodzi do techniki wstrzykiwań, dawek, wyników leczniczych w kile i niektórych chorobach skórnych (łuszczyca, liszaj płaski), wylicza powikłania po zastosowaniu tego środka, wskazania i przeciwwskazania, wydzielenie arseniku, wpływ na odczyn Wassermann'a. Wreszcie wspomina o teoriach, starających się wyjaśnić działanie „606“.

(Ann. de dermat. et de syph. 1910 r. Nr. 11.)

M. Paschalis.

Leczenie kiły nowym przetworem arseniku Ehrlicha-Hata'y „606“. v. Zarubin (Charków).

Podług autora arsenobenzol jest swoistym środkiem w kile; przewyższa stosowane dotychczas pod względem szybkości działania. Na pytanie jednak, czy jest on środkiem radykalnym, odpowiedzieć obecnie jeszcze nie można, gdyż zdarzają się nawroty kiły po 30—40 latach. Obecnie już niektórzy z autorów stwierdzają nawroty w 20—30^o/_o. W liczbie zaburzeń, spowodowanych przez „606“, notowano objawy, przypominające bezwład wskutek zatrucia arsenikiem (znikanie odruchów, zatrzymanie moczu); przetwór ten nie sprawia jednak poważnych zmian nerwu wzrokowego, które bywają przy użyciu atoxylu, arsacetiny. Co do stosowania omawianego tu środka pozostaje dużo jeszcze do rozstrzygnięcia: nie ustalono jeszcze techniki (czy lepsze są wstrzykiwania podskórne, czy żyłne), złożony sposób przyrządzania, dawkowanie przetworu też jest jeszcze sprawą sporną (czy lepiej stosować jednorazowo większe dawki, czy też kilkakrotnie mniejsze); nie wiadomo, jaka jest maksymalna, dobrane znoszona dawka, przytem do ujemnych stron „606“ należą występujące po wstrzyknięciu podniesienie t^o, bolesność, ropień, a niekiedy i zgorzel na miejscu zastrzyknięcia. Przeciwwskazaniem do stosowania arsenobenzolu są: choroby układu krwionośnego, płuc, nerek, mózgu, nerwu wzrokowego, siły, stan ogólny, alkoholizm itp.

Zdarzają się jednak przypadki, gdzie objawy kiły nie ustępują pod wpływem „606“. Co się tyczy wiađu rdzenia i paraliżu postępowego, t. j. spraw t. zw. metasylfilicznych, to w pierwszych okresach tych cierpień zauważono poprawę dzięki stosowaniu arsenobenzolu (Neisser, Alt, Wicherkiewicz, Korczyński, Wechselmann). Autor jest zdania, że z chwilą dokładnego określenia stopnia toksyczności „606“, środek ten powinien być stosowany w każdym przypadku kiły przed wystąpieniem objawów drugorzędnych; nie można jednak zarzucać rtęci i jodu.

(Ann. de derm. et de syph. 1910 r. Nr. 12).

M. Paschalis.

Przypadek przymiotu nabytego podczas porodu. Zarażenie dziecka przez matkę. P. Haslund.

W sprawie odziedziczónego przymiotu pozostaje jeszcze b. wiele do wyjaśnienia, a mianowicie: w jaki sposób zarazek przechodzi na płód; dlaczego matki, zarażone na początku ciąży, rodzą niekiedy dzieci zdrowe, te zaś, które się zaraziły w ostatnich miesiącach— chore; czy płód zostaje zarażony przez matkę, czy przez ojca i t. p. Odezyn Wassermann'a b. niewiele przyczynia się do rozstrzygnięcia tych pytań. Zbija on prawo Colles'a, przemawiające za tem, że każda matka noworodka, dotkniętego kiłą, sama również jest zarażona przymiotem, chociaż w danej chwili nie przedstawia żadnych objawów tej choroby. Od znanego prawa Profete'y są też liczne wyjątki. Spornem również jest pytanie, czy dziecko może się zarazić podczas porodu; Fournier przeczy temu, gdyż uważa on dzieci chorych rodziców tylko za pozornie zdrowe; wielu autorów jednak jest przeciwnego zdania, choć nie mogą przytoczyć odpowiednich przypadków.

Po tych uwagach autor przechodzi do opisanie spostrzeganego przez siebie przypadku: 5 o tygodniowe dziecko miało na lewym

policzku i lewych powiekach siedem typowych pierwotnych owrzodzeń przymiotowych wraz z typowym obrzmieniem odpowiednich gruczołów chłonnych; żadnych innych zmian na skórze, śluzówkach, ani w narządach wewnętrznych nie było. W wydzielinie z powyższych ognisk były krętki blade; odczyn Wassermann'a był jednak ujemny, w kilka dni później wystąpił katar z wydzieliną ropną. Owrzodzenia pod wpływem zwykłych opatrunków z kw. bornego zaczęły się goić; lecz pomimo tego, gdy po upływie 6 dni od pierwszej próby, otrzymano dodatni odczyn Wassermann'a, zastosowano leczenie rtęcią. Po $4\frac{1}{2}$ miesięcznym pobycie w szpitalu dziecko wypisano, przyczem żadnych objawów chorobowych prócz nieznacznie powiększonych gruczołów chłonnych ono nie przedstawiało.

Matka dziecka przy przyjęciu do szpitala miała objawy kiły na skórze (wysypka plamisto-grudkowata, leucoderma) i dużej wardze sromnej; objawy te wystąpiły podobno już po urodzeniu dziecka, od 2-ech miesięcy przedtem jednak chora miewała bóle głowy i zauważała wychodzenie włosów. Ojciec dziecka zaraził się syfilisem przed 4-ma laty, leczyl się niedostatecznie, w danej chwili objawów choroby nie miał. Podług wywiadów zarażenie matki nastąpiło w 6-ym miesiącu ciąży. A więc dziecko syfilityków zaraziło się dopiero podczas porodu; objawy pierwotne wystąpiły w 4 tygodnie po porodzie. Zarażenie według wszelkiego prawdopodobieństwa odbyło się w sposób następujący: już podczas porodu matka miała wykwyty na częściach płciowych; poród był ciężki, kleszczowy; owrzodzenia pierwotne u dziecka były w tych miejscach, gdzie zwykle przylega jedna z części kleszczy,—wywołane więc przez nią lekkie obrażenia skóry były miejscem przeniknięcia zarazka.

Ann. de dermat. et de syph. 1911 r. Nr. 1).

M. Paschalis.

Wpływ sublimatu, kalomelu, „606“ na fagocytozę. E. Neuber.

Przetwory rtęciowe powiększają znacznie leukocytozę. W ostatnich czasach badano wpływ środków, nzywanych do leczenia kiły, na fagocytozę, której doniosłość w chorobach zakaźnych wykazał Miecznikow. Autor przeprowadził odpowiednie doświadczenia z sublimatem, kalomelem, „606“ na królikach. Z doświadczeń tych wynika, że powyższe środki w większych dawkach zmniejszają fagocytozę, w umiarkowanych zaś i małych—powiększają. Może być, że na tej drodze będzie można w przyszłości wyjaśnić działanie rtęci i arszeniku.

Ann. de dermat. et de syph. 1911 r. Nr. 1).

M. Paschalis.

MONATSHEFTE FÜR PRAKTISCHE DERMATOLOGIE.

1 lipiec 1910 Zeszyt 51, Nr. 1.

Utlenianie się chryсарobiny na skórze ludzkiej. Podał P. G. U n n a i L. G o l o d e t z.

Proces utleniania się chryсарobiny odbywa się w sposób dwojaki: albo przez zetknięcie się z czynnikami zasadowymi, albo przez działanie kwasów tłuszczowych i ich połączenie. Ten ostatni sposób, który głównie miałby miejsce na skórze ludzkiej, i który w przeciwieństwie do utleniania przy działaniu zasad polega na działaniu katalitycznym, do niedawna hypotetyczny, został przez autorów przy pomocy badania spektroskopowego udowodniony. Energia utleniania się chryсарobiny na skórze ludzkiej zależy od rozmaitego, na różnych partyach tejże skóry wydzielania się kwasów tłuszczowych, czyli od rozmieszczenia gruczołów potowych.

Pogonowska (Lwów).

Przyczynę do monografii psorospermiosis Dariera. Podał Dr. Wilh. L a n d a u.

Autor podaje historię choroby przypadku, przez siebie spostrzeżanego, oraz poglądy różnych autorów. Wbrew obecnie panującemu zdaniu, jakoby tu miał miejsce proces czysto keratotyczny, podnosi autor przewagę objawów zapalnych w początkach wykwit.

Pogonowska (Lwów).

O nagminnej alopecyi doniesienie tymczasowe. D. D r e u w.

Autor miał sposobność spostrzeżenia wyłysienia częściowego u znacznej ilości chłopców w wieku od lat 5-14, mieszkających razem w schronisku dla dzieci. Wyłysienie nie odpowiadało znanym pasożytniczym formom. Najwięcej zbliżone było do alopetia areata, o ogniskach jednak mniejszych, nie tak dybrze ograniczonych, o kształcie mniej okrągłym. Występowała głównie u dzieci żydowskich.

Pogonowska (Lwów).

15 lipca Zeszyt 51, Nr. 11.

O próbach leczenia nastiną wedle prof. Deyke w 3 przyp. guzowego i 1 przyp. czysto nerwowego trądu. J. Ashurtou T o m p s o n.

Zestawienie czterech, bardzo szczegółowych historii chorób

z 4 przypadków trądu, leczonych przez autora wstrzykiwaniami preparatu „Nastin B. 1.” bez żadnego dodatniego wyniku.

Pogonowska (Lwów).

1. sierpnia Zeszyt 51, Nr. 3.

Kliniczne spostrzeżenia u 101 chorych na włosy chłopców szkolnych.

Podał Dr. Dreuw.

W odniesieniu do bieżącego zawiadomienia w numerze z 1 lipca podaje autor dokładniejszy opis spostrzeganego przez siebie wyłysienia częściowego u chłopców, nazwanego przezeń alopecia parvimaclulata. Dzieli się ona na 2 stadya początkowe, bez zaniku dające się wyleczyć i końcowe z zanikiem skóry. Badania bakteryologiczne wykluczają stanowczo favus i trichophytie, zaniki skóry końcowe usuwają pokrewieństwo z alopecia areata. Natomiast stawia ją autor w bardzo blizkim stosunku lub wprost utożsamia z opisaną przez Brocq'a alopecia atroficans (pseudo pelade Brocq). Różnicę stanowiłoby tylko pojawianie się sprawy wyłącznie u dzieci, podczas gdy Brocq opisuje swoją pseudopelade jako chorobę dorosłych.

Podawszy sposób leczenia zapomocą środków z jednej strony antyseptycznych, z drugiej zaś działających zadrażniająco, wyraża autor zdanie iż podobne przypadki muszą być częściejsze, ale nie dochodzą do rąk lekarza i podnosi potrzebę zwracania bacniejszej uwagi na dzieci ze strony rodziców i nauczycieli.

Pogonowska (Lwów).

O szczególnej bolesności klatki piersiowej i płuc po wstrzyknięciu szarego oleju. Podał Dr. H. F. Hoffman.

Zestawienie czterech przypadków chorych kiłowych, u których po wstrzyknięciu oleju szarego w 6-8 godzin wystąpiły silne bóle i klucie w klatce piersiowej wzmagające się przy oddechaniu, ztąd brak oddechu, ciepłota do 38°. Podmiotowo nie można było stwierdzić niczego. Do dni 2 wszystko ustępowało. Ponieważ technika wstrzyknięć była nienaganna, przypuszcza autor dostanie się zawiesiny drogą naczyń limfatycznych do krwiobiegu, stąd do płuc, gdzie powstały miliarne zatory, zauważa, że przypadki występowały głównie po oleju szarym wyrobu Duret'a w Paryżu w połączeniu z palmityną, do rozgrzania się której ciepło ręki wystarcza.

Przy innych nierozpuszczalnych preparatach tego nie zauważył.

Pogonowska (Lwów).

15 sierpnia Zeszyt 51, Nr. 4.

Dwa przypadki lichen ruber planus u dzieci. K. Cronquist.

Dwie historie chorób liszaja czerwonego płaskiego u dzieciwczynek niżej lat 10, u których okazała się wielka odporność na działanie arseniku.

Pogonowska (Lwów).

Krętek błady przy kile jamy ustnej. Schestopal.

W przeciwieństwie do trudności przy szukaniu krętków w zmianach na skórze, znajdował autor nadwyzczaj łatwo i w wielkiej ilości krętki w śluzie, brany wprost bez pocierania lub drażnienia z ognisk kiłowych, głównie przy kile drugorzędnej jamy ustnej. Jako przyczynę uważa brak warstwy rogowej naskórka i ciągle drażnienie, jakie przy jedzeniu, mowie, zmiennej, a podwyższonej ciepłocie, w jamie ust ma miejsce. Przestrzega przed wielką łatwością zakażania się tą drogą.

Pogonowska (Lwów).

1 września 1910. Tom 51, Nr 5.

Erosio punctata postvesiculosa colli uteri u chorych na rzeżączkę. Podał Nielsen.

Badając bliżej znane dawniej nadżarcia wszyi macicy, przedstawiające się jako plamy dobrze ograniczone, przekrwione o nierównej łatwo broczącej powierzchni, przekonał się autor, że powierzchnia ta jest pokryta całym mnóstwem drobnych gęstych, punkcikowatych zagłębień. Niekiedy występowały te zagłębienia zupełnie pojedynczo rozsypane w zdrowej błonie śluzowej, niektóre zaś z nich pokryte są delikatnym surowicznym łatwo pękającym pęcherzykiem. Tę formę uważa autor za początkową całej sprawy chorobowej i zdą jej nazwa. Na 70 przypadków tej choroby 57 było dotkniętych infekcją gonokokkową, tak, że autor uważa obecność tychże nadżarc jako silnie przemawiającą za istnieniem rzeżączki. Przyczyna ma leżyć w zmianie regeneracji nabłonka i być wywołaną przez upośledzenie odżywiania lub drażnienia przez bakterye i ich toksyny

Pogonowska (Lwów).

O użyciu własnego narzędzia przy leczeniu przewlekłej rzeżączki. Podał Dr. Aoki.

Przy przewlekłej rzeżączce wielki dodatni wpływ ma mieć stosowanie preparatów srebra do cewki przy użyciu prądu elektrycznego, który, ułatwiając dostawanie się preparatów w głębsze warstwy, powoduje niszczenie dwoinek oraz rezorbcyę starych nacieków. W tym celu zbudował autor przyrząd, przy pomocy którego, stosując anodę na brzuch i wprowadzając katodę do cewki, przepuszcza prąd w ciągu 10 minut. Po 10 posiedzeniach najpierw 1 na tydzień, później o nateżeniu 8—10 milliamperów 2 razy się odbywających, ma występować uleczenie.

Pogonowska (Lwów).

Urticaria factitia, keloid. Podał Dreuw.

U pacyenta, cierpiącego równocześnie na urticaria factitia i skłonność do bliznowców, wystąpił wskutek stale się powtarzającego po każdym spółkowaniu, 1—2 dni trwającego obrzęku napletka, stan choroby, który autor nazywa Oedema praeputij perstans.

Pogonowska (Lwów).

15 września, Tom 51, Nr 6.

Przerzutowy naczynek starczy i jego stosunek do t. zw. Sarkoma Kaposi. Podał Dr. Piccarelli.

Bardzo dokładny obraz kliniczny i histologiczny sprawy chorobowej, którą autor nazywa naczyńniakiem starczym i uważa jako pokrewną bardzo t. zw. sarcoma idiopaticum multiplex Kaposi. Sprawy te chorobowe różnią się tem, że sarcoma posuwa się dalej per contiguitatem, i występuje symetrycznie, naczynek zaś opisywany przenosił się na drodze metastatycznej, na oddalone części ciała po kilku latach, występował też jednostronnie i okazywał brak typowej lokalizacji, oraz początkowych płaskich nacieków, typowych dla sarcoma. Natomiast wygląd, ugrupowanie i spójność guzków miała skłonność do owrzodzeń; samoistne wchłanianie się, oraz czasowe ustępowanie pod wpływem leczenia arsenikiem, czyniły te sprawy bardzo do siebie podobnymi. Podobnie pod względem mikroskopowym: w obu sprawach występują dookoła naczyń liczne komórki wrzecionowate, które bujając tworzą wgłębienia i kanaliki otoczone tkanką łączną. Autor uważa swój przypadek jako formę przejściową między naczyńniakiem a sarcoma multiplex Kaposi.

Pogonowska (Lwów)

III. REFERATY.

a) CHOROBY SKÓRNE.

O trwałem wyleczeniu raków po naświetlaniach radem. Podał Docent Dr. Alfred E x n e r—Wiedeń.

Leczenie to napotyka na liczne trudności, gdyż chorzy znikają przed ukończeniem leczenia, bo chcą jak najprędzej ujsć przed nieprzyjemnymi następstwami naświetlań, jakoteż tracą często tak potrzebną cierpliwość - takie leczenie przy większych nowotworach wymaga przecież 70 — 100 godzin trwającego naświetlania. Przy pomocy większych ilości radu możnaby naturalnie uniknąć tej drugiej wady. Temu przypisać należy, iż w czasokresie, wchodzącym w rachubę dla trwałych wyleczeń, może E. donieść tylko o 4 przypadkach, leczonych w chirurg. klinice prof. H o c h e n e g g a w Wiedniu, w których ostatecznie odniósł wrażenie, że guzy zniknęły. Te 4 przypadki pozostały też uleczonymi. Opisy tych spostrzeżeń pouczają, iż na tej drodze można jeszcze osiągnąć trwale wyleczenie w przypadkach, które przy leczeniu czysto operacyjnem pod względem rokowania trzebaby uważać za bardzo niekorzystne. Że osiągnięte zapomocą radu wyniki mogą też być trwałe, pouczają właśnie przypadki E.

Münch. med. Woch., 1910, Nr. 47.

Baschkopf (Kraków).

O stereoskopijnej fotografii powierzchni skóry. Podał Docent Dr. H ü b n e r. Ze stacyi skórnej klin. lek. w Marburgu prof. B r a u e r a.

H. odniósł wrażenie, iż przez zresztą tak niezwykle ważne badanie drobnowidzowych zmian skóry, jak je widzimy w pionowym przekroju zabarwionych, zostaje wzrok nasz zbyt odwrócony od zmian powierzchni skóry, chorobowo zmienionej; co przedstawia się już przy miernie silnem powiększeniu. A przecież szereg pouczających szczegółów chorobowo zmienionej powierzchni skóry leży właśnie na granicy makroskopowo widzialnego, tak iż przez powiększenie lupą można te rzeczy widzieć. Jeszcze piękniejszym i plastyczniejszym jest obraz, jeśli do tego oglądania użyjemy binokularnego mikroskopu Z e i s s a. Z przyłączonych do pracy kilku stereoskopowych fotografii (eczema squamosum, psoriasis

vulgaris i lichen scrophulosorum) można widzieć, iż stereoskopowa fotografia skóry przez podniesienie cech charakterystycznych. jej właściwych, może z korzyścią być użyta jako środek pomocniczy przy nauce chorób skórnych.

Dermatol. Zeitschrift, 1911, z. 1.

Baschkopf (Kraków).

W sprawie kliniki i etyologii dotychczas nieopisanej postaci zgorzeli skórnej. Podali Hans Königstein i Leon Hess—Wiedeń.

Autorowie przypominają najróżnorodniejsze postaci zgorzeli, jakoto skutkiem urazów, zmiżdżenia, spalenia, odmrożenia, wyładowań elektrycznych, promieni Roentgena, zgorzel historyczną, dalej skutkiem organicznych chorób ośrodkowego lub obwodowego układu nerwowego, zgorzel skóry „samoistną“, następnie skutkiem zamknięcia światła naczyń, skutkiem zakażeń skórnych i t. d. Hausmann badał wpływ fotodynamicznych substancji na skórę, i odtąd mamy osobną grupę nekrotyzujących chorób skórnych, etyologicznie dającą się oddzielić od powyższych grup, gdyż tu należące nekrozy zawdzięczają swoje powstanie działaniu światła przy obecności substancji fotodynamicznych. Na dowód tego przytaczają K. i H. przypadek z oddziału dermat. prof. Ehrmann a w wied. szpit. powsz. U chłopczyka 5-letniego, który przed rokiem przebył płonicę, a którego rodzice przed jego urodzeniem się zarażeni byli kiłą, wystąpiła zgorzel na małżowinach usznych, policzkach i palcach rąk. Stwierdzono obrzęk śledziony i wątroby, białkomocz, odczyn dodatni Wassermann a, hematorporfiryriurę. Dla powstania zgorzeli mogą tu wchodzić w rachubę choroby zakaźne. Stwierdzenie równoczesne białkomoczu obok zgorzeli mogłoby nasunąć myśl, by oba objawy pojąć, jako następstwa płonicy, przemawia jednak przeciw temu długi przeciąg czasu między nią a wystąpieniem zgorzeli. Należy raczej opisać objawy chorobowe, obrzęk śledziony, wątroby i t. d. razem ze zgorzelą odnieść do jednej i tej samej przyczyny — do kiły dziedzicznej. Za tem przypuszczeniem przemawia ze stanowiska klinicznego szybki skutek leczenia rtęciowego, które wpłynęło korzystnie na wszystkie inne objawy chorobowe i usunęło szybko zgorzel. Dalszą ważną wskazówkę rozpoznawczą daje umiejscowienie zmian skórnych na miejscach najwięcej na światło wystawionych, przy obecności uczulająco działającej substancji, hematorporfiryri. Autorowie przytaczają bardzo ciekawe doświadczenia w tym kierunku W. Hausmann a. Z chorób skórnych zasługują na wzmiankę „hydroa aestivalis“. Odnacza się ona występowaniem pęcherzyków i ograniczonych nekroz na częściach ciała, najwięcej na światło wystawionych (nos, policzki, uszy, ręce). Podczas trwania tej choroby wykazali Ehrmann i in. hematorporfiryriurę. Ze względu na umiejscowienia choroby w miejscach, na światło wystawionych, wskazał Ehrmann a na możliwość, że substancje uczulające, a w szczególności hematorporfiryri, odgrywają tu rolę. Perutz wystawiał uszy królików, które po żywieniu sulfonalem okazywały hematorporfiryriurę, na działanie ochłodzonej lampy kwarcowe Kromayer a. Wystąpiły w skórze zmiany tak podobne do spostrzeganych w hydroa aestivalis, iż na pod-

stawie tych doświadczeń można uważać etiologię tej dotychczas zagadkowej choroby za wyświeconą. Hematoporfiryna znajduje się prócz w *hydroa aestivalis* wyjątkowo też m. i. w chorobach wątroby i kile dziedzicznej. To jest dalszą podstawą dla przypuszczonego powstawania wszystkich w powyższym przypadku spostrzeganych objawów na tle dziedziczno-kiłowym. Możliwy więc przyjęć, że kiła w opisanym przypadku spowodowała naprzód schorzenie wątroby, które znalazło czynnościowy wyraz w wystąpieniu nieprawidłowego wytworu przeróbki materii, hematoporfiryny. Ta działa jako czynnik uczulający na miejsca skóry, wystawione na światło. Ze względu na stopień sprawy nekrotyzującej możnaby przypuścić nadto drobnowidzowe zmiany naczyń, jakie często spotykamy w kile dziedzicznej w małych naczyniach, choć same one nie prowadzą do zgorzeli.

Dermat. Zeitschrift, 1910, z. 12.

Baschkopf (Kraków).

Zanik skóry. Napisali E. Finger i i M. Oppenheim.

W dziele pod powyższym tytułem rozróżniają autorowie dwie wielkie grupy zaniku skóry, klinicznie i histologicznie z pewnością do siebie należące, które tylko przez sposób występowania z praktycznych względów należy obok siebie postawić: zanik skóry rozlany i występujący plamami, czyli *Dermatitis atrophicans chronica progressiva idiopathica diffusa* i *maculosa* – do tego obrazu należy mianowicie zapalenie skóry klinicznie i histologicznie dające się wykazać, które musi wyprzedzić zanikający proces narządu skórniego. Z pierwszej grupy przypadków można według umiejscowienia w początku odróżnić *Akrodermatitis atrophicans (Herxheimer)* od zwykłej postaci. Jako znamiona zaniku wiotkiego, *Anetodermia*, przyjmujemy, że stan zwiótczenia skóry, zmniejszenia grubości, marszczenie się, łatwość ujęcia fałdu, zmniejszenie lub brak elastyczności rozwijają się przewlekłe na tle klinicznie i histologicznie wykazać się dających objawów zapalnych. Jako tu nie należące wykluczamy zaniki wrodzone, „*striae et maculae distensae*“, zaniki skóry po chorobach nerwowych lub zaniki, spostrzegane po przewlekłych chorobach zakaźnych, jak kiła, trąd, gruźlica, zanik starczy i atmosferyczny (*Witterungsatrophie*), *Xeroderma pigmentosum*, *Blepharochalasis* i *Craurosis vulvae*. Jako odmiany zwykłego obrazu opisują autorowie, że skóra szczególnie na podudziach i stopach, jest uderzająco żółtą i silnie napiętą, trudno w fałd ująć się dającą jak i w twardzieli skórnej (sklerodermii) pomarszczoną. Tu ma się do czynienia z sprawą sklerozującą, wychodzącą z głębi, prowadzącą do wytwarzania się zgrubień tkanki zanikłej, przyczem bują nowa tkanka elastyczna. Drugą odmianą jest wytwarzanie się tworów, podobnych do włókniaków, w zakresie zanikłej skóry, głównie po stronie wyprostnej stawów łokciowych i kolanowych. Te zboczenia od obrazu normalnego zawdzięczają prawdopodobnie swoje powstanie wtórzanym zmianom w tkance łącznej skóry, podobnie jak występowanie rozszerzeń naczyń krwionośnych, zabarwień, odbarwień i wytwarzanie się lusek. W opisie patologii anatomicznej skóry zaników skóry stwierdzają autorowie, jako najważniejszy wynik, że za-

nik tkanki elastycznej przez stosunkowo nieznaczny stopień zapalenie, w którym tkanka granulacyjna wywiera specjalnie zębny wpływ na tkanki elastyczne i prowadzi do ich zaniku, jest główną przyczyną całej sprawy chorobowej.

Dzieło wydane przez Franc. Deutickego, Wiedeń, 1910.

Baschkopf (Kraków).

Lampa kwarcowa w leczeniu tocznia zwyczajnego (*Lupus vulgaris*). Podał Dr G. Stümpke—Kiel. Z kliniki dermatol. prof. Klingmüllera.

Zapatrywania swe nad leczeniem tocznia streszcza S. w następujących punktach: I. W lampie kwarcowej mamy znakomity środek przeciw toczniowi. II. Do tego leczenia nadaje się największa część wszystkich przypadków tocznia z następującymi ograniczeniami: a) w toczniu przerostowym ma wyprzedzić leczenie promieniami Roentgena, pyrogallem lub podobnymi lekami. b) Również wskazane jest leczenie roentgenowskie w toczniu wrzodziejącym, aż do pokrycia się powierzchni owrzodzonych przyblonkiem, przynajmniej aż do usunięcia niekiedy nadmiernej wydzielinny rannej. c) W postaciach tocznia zwyczajnego, mających skłonność do deskwamacji nadmiernej, względnie do wytwarzania strupów poleca się poprzednie leczenie maściami rozmiękcżającymi (5—10% wazelina salicylowa). d) W pewnych głęboko i skrycie umiejscowionych postaciach tocznia błon śluzowych, przede wszystkim nosa i jamy ustnej, należy dać pierwszeństwo innym sposobom, ponieważ lampa kwarcowa niekiedy nie wpływa dostatecznie na wszystkie nacieki gruźlicze więc w toczniu nosa tamponada 10% wazeliną pyrogallusową, w toczniu błony śluzowej ust np. pędzlowanie 30% wyskokiem galwanokaustyka i t. d. III. Leczenie może wtedy tylko skutkować, jeśli odbywa się regularnie. Naświetlać się powinno przeciętnie raz miesięcznie. IV. Trwanie naświetlania każdego miejsca najmniej 30—35 minut, lampa musi bezpośrednio przylegać do skóry, otoczenie zakryte. Po naświetlaniu opatrunek cynkowo-bizmutowy. V. Doszczętnie wyleczenie tocznia jest możliwe. VI. Nawroty występują także w przypadkach klinicznie wyleczonych, można je jednak łatwo usunąć przy regularnym spostrzeganiu. VII. Dla tego koniecznie należy nakłaniać chorych do regularnych badań także po ukończonym leczeniu i to, ile możności, pod kontrolą starotuberkuliny. VIII. Wyleczenie poszczególnego ogniska toczniowego następuje w najkorzystniejszym przypadku przez drobnowidzowo delikatne, klinicznie jako takie prawie nie dostrzegalne, blizenki. Po nacieku bardzo rozlanym spostrzega się także grubsze blizny, rzadko tworzenie się bliznowca. IX. Rokować w poszczególnym przypadku tocznia należy zawsze ostrożnie, gdyż wielkość i wejście kliniczne nie dają tu wskazówki. Małe ogniska zachowują się niekiedy uderzająco odpornie, podczas gdy postacie rozlane niekiedy wbrew oczekiwaniu szybko się polepszają, resp. goją. X. Niektóre w przebiegu gojenia występujące nieprawidłowe twory wymagają osobnego leczenia: a) bliznowce (Keloidy); b) zmiany podobne do słoniowatości. W obu ra-

zach poleca się naświetlanie rentgenowskie. XI. Zalety naświetlania lampą kwarcową polegają wobec lampy Fin sen reyno-wskiej na tanioci postępowania, łatwiejszem używaniu przyrządów przy jednakowym działaniu, wobec innych sposobów na lepszych wynikach. Za równowartościowe, jeśli nie przewyższające lampę kwarcową uważać należy do-szczętnie leczenie chirurgiczne, t.j całkowite wyłuszczenie ogniska toczniowego daleko w tkance zdrowej z ewentual-nem pokryciem ubytku płaceni skórnymi z otoczenia, jak to Lan-g od dawna postępuje. Ale i to postępowanie może być tylko wogra-nicznej liczbie przypadków. Dla tego jako sposób normalny zasługuje i tu lampa kwarcowa na pierwszeństwo. Promi-nienie Roentgena wchodzi w rachubę nie jako postę-powanie konkurujące lecz wspierające. XII. Dalsza wielka zaleta lampy kwarcowej polega na tem, że umo-żebnia ambulatoryjne leczenie chorych w sposób do-godny i posiada dla tego dla praktyka wielkie zalety.

Dermatologische Zeitschrift, 1911, z. 1

Baschkopf (Kraków).

Egzema seborrhoicum. Podał Prof. Jesionek—Giessen

J. jest zapatrywania, że wyprysk łojotokowy w myśl Unny przedstawia obraz chorobowy, zamknięty w samym sobie, samodzielny, że zasadniczo nie ma nic do czynienia z łojotokiem; jako wyprysk pasożytniczy należy go zaliczyć do rzędu chorób wypryskowych i najlepiej nazwać go „wypryskiem tłustym Unny”.

Dermat. Zeitschrift, 1910, z. 12.

Baschkopf (Kraków).

Kliniczne rozpoznanie raków jądra. Podał M. Chevassu.

Ch. wykazuje na przykładach trudność rozpoznania różniczkowego między kiłą, rakiem jądra a krwiakiem moszny (hämatocele). Jeżeli jądro bez ostrego zapalenia staje się wielkiem i twardem, to mamy z pewnością do czynienia z nowotworem lub kiłą. Klucznie nie można często odróżnić obu tych chorób, lecz jedynie przez wynik swoistego leczenia. Jeżeli to leczenie (najlepiej wstrzykiwania hydrarg. bijodur.) w ciągu 8-u dni nie sprowadza wyraźnego zmniejszenia guza, to chodzi o raka, a natychmiastowa operacja wskazana. Hämatocele należy przyjąć, jeśli nie można w obrzęku wymacać Tun, vaginalis ani główki przyjądrza. Natomiast pod względem postaci, wielkości, zbitości i t.d. chorobowo zmienionego jądra bywają tak znaczne wahania w różnych schorzeniach śródmosznowych, iż nie są miarodajne dla rozróżnienia.

Presse méd. 1910, Nr. 39.

Baschkopf (Kraków).

Dodatek do leczenia brodawkowatych wybujałości na rodnych organach niewieści. Podał Dr. Herman Bromsöhn.

Autor podaje, że cierpienie to u jednej 73-letniej chorej cierpiącej na Diabetes operowało się wszelkim zabiegom leczniczym i ustąpiło dopiero po zastosowaniu dwóch posiedzeń prądu galwanicznego

przy zastosowaniu katody na miejsca schorzałe, obok wskazanej diety. Po trzecim posiedzeniu ustąpiły świąd i pieczenie.

Medizinische Klinik Nr. 29. Wiedeń czerwiec 1910.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

O związku cierpień organów płciowych z zaburzeniami żołądka i jelit Podał Dr. C. Wegele.

Autor podaje, że w leczeniu zaburzeń żołądka i jelit uwzględnić trzeba tę okoliczność, że bardzo wielka liczba tychże stoi w związku z cierpieniami tak organicznymi jak funkcyjnymi organów płciowych, które występują u obojga płci w każdym wieku, od okresu pokwitania począwszy.

Medizinische Klinik Nr. 1. Wiedeń styczeń 1910.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

O rozwoju obecnej terapii za pomocą przetworów smołowych. Podał Dr. Britz.

Autor podaje, że dążność przemiany surowych produktów smołowych na przetwory, nadające się do użycia z eliminowaniem wszelkich części składowych, działających szkodliwie lub wstrzymujące na proces chorobowy i posiadających całe korzystne działanie smoły doprowadziło do wynalezienia Liquoris carbonis detergentis, Anthrasolu Liantralu, Empyroformu, Pittylenu i Pitralu jako produktów kondensacyjnych oficjalnej smoły z drzew szpilkowych z Formaldehydem. Przetwory te nadają się do leczenia wielkiej ilości chorób skórnych i mogą w najrozmaitszych formach, na które podaje autor recepty, mieć zastosowanie.

Medizinische Klinik Nr. 32. Wiedeń sierpień 1910.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

O Tuberkulicach. Podał Dr. Ziegfried Gross

Na całym szeregu najważniejszych i należyście określonych obrazach chorobowych: Lichen scrophulosorum Erythema i induratum Bazin, Acanthis, Follilis, Lupus erythematodes, Sarcoid multiplex benignum, stara się autor rozwiązać zadanie określenia istoty owych cierpień i zaznacza, że w przeważnej części Tuberkulidów nie można było wykazać prątków gruźliczych. Ze względu zaś, że zapomocą toksyny prątków gruźliczych można było wywołać typowe tuberkuliczne zmiany w tkankach, jak np. gruzelki, uważa, że przyczyną powstawania owych cierpień skórnych muszą być toksyny wyż. wymienionych prątków.

Medizinische Klinik Nr. 32. Wiedeń sierpień 1910.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

^{an}
Mattow - pasta, bez połysku okrywająca skórę Podał Dr. Feliks P i n k u s.

Autor opisuje pastę pod nazwą Mattow, składającą się z 36 części pudru gleitowego, 24 części wody i 30 wazeliny. Roztarta na skórze twarzy delikatną bez żadnego połysku powłoką łączy własności lecznicze pudru z ochładzającym działaniem maści. Jako nie drażniąca i posiadająca działanie osuszające daje się z korzyścią zasto-

sować przy seborrheoza na twarzy, acne rosacea i innych cierpieniach, połączonych z hyperemią skóry. Ponadto do pasty tej można jeszcze dodać inne środki lecznicze i w ten sposób działanie takowej rozszerzać. Jako jeszcze jedną zaletę tej pasty podnosi autor możliwość stosowania lakowej na skórze twarzy bez używania jakichkolwiek opatrunków.

Medizinische Klinik Nr. 14. Wiedeń kwiecień 1910.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

O występowaniu Naevi angiomatosi w okolicy karku i tyłogłowia. Podał Dr Edmund Saelfeld w Berlinie.

Na podstawie swych badań, uskuteczniionych na 400 osobach, wskazuje autor na częste występowanie Naevus angiomatosis w okolicy karku i tyłogłowia, gdyż 229 razy mógł tę zmianę stwierdzić jużto w okolicy karku, jużto tyłogłowia albo w obu okolicach równocześnie. Zmiana ta bywa często fałszywie jako natury zapalnej klasyfikowaną.

Medizinische Klinik Nr. 4. Wiedeń styczeń 1910.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

Z praktyki zwalczania wilka. Podał Dr. Ferdynand Becker w Frankfurcie nad Menem.

W podanej statystyce i historyach chorób ogłasza autor swe wyniki leczenia tej choroby, zapomocą najnowszych fizykalnych metod, które w każdym przypadku według pojedynczych wskazań i możliwości w najrozmaitszych kombinacjach stosował.

Medizinische Klinik Nr. 8 i 9. Wiedeń luty 1910.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

Czynne uodpornienie człowieka zapomocą nieczynnej krowianki. Podał Dr. Knöpfemacher.

Autor podaje, że po wstrzyknięciu nieczynnej krowianki, dokonane szczepienie skórne w osiem dni później dało wynik ujemny, i utrzymuje, że w ten sposób mógł wywołać uodpornienie u ludzi przeciw czynnej wakynie.

Medizinische Klinik Nr. 16. Wiedeń czerwiec 1910

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

O zatruciu Bizmutem obok ogłoszenia przypadku śmierci po zastosowaniu maści bizmutowej. Podał Dr. Windrath.

Po opisaniu objawów zatrucia bizmutem według Lewina podaje opis dwóch przypadków oparzenia II-o i III o stopnia leczonych 10% maścią bizmutową, w których jeden zakończył się śmiertelnie. Ze wszystkich objawów najsilniej wystąpiło zapalenie dziąseł, jako kardynalny objaw zatrucia metolami. W przypadku 2 z zejściem śmiertelnem wystąpiły w dwa dni po zastosowaniu maści wszystkie objawy toksyczne, rozpoczynające się wysoką gorączką i delirium, do których przyłączyły się później stomatitis i biegunka. Na skórze twarzy, grzbietu i kończyn dolnych pojawiły się sino-szare plamy wskutek powstania i nagromadzenia się w tych miejscach według Lewina siarczku bizmutowego obok krost ropnych, rozpadających się

miejscami w wrzody. W przypadku drugim, gdzie chory wyzdrowiał, powstała tylko mała plamista wysypka, podobna do odry, która po dwóch dniach ustąpiła.

Medizinische Klinik. Wiedeń maj 19 0.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

b) SYFILIS.

Przypadek śmierci po leku E.—H. „606“. Podał Dr. Ehlers.

Rozpoczynające się porażenie postępujące. Wstrzyknięcie 0,5 E.—H. według Wechselmanna. Śmierć po 5 dniach wśród objawów postępującej niedomogi serca.

Münch. med. Woch., 1910, Nr. 42.

Baschkopf (Kraków)

O wśródzylnem wstrzykiwaniu środka Ehrlicha — Haty. Podał Dr. Schreiber.

Sch. wstrzyknął 325 razy wśródzylnie, nie doczekawszy się nigdy poważniejszych przypadłości. Działanie jest szybsze i pewniejsze, niż po wstrzykiwaniu śródmięśniowem U osobników wyniszczonych zaniechać należy lepiej wstrzykiwania wśródzylnego.

Münch. med. Woch., 1910, Nr. 39.

Baschkopf (Kraków)

Przyczynek do badań nad zachowaniem się przetworu Ehrlicha w ciele króliczem. Podali Schwartz i Flemming.

Po wstrzyknięciu wśródzylnem wystąpiła u 2 zwierząt (psa i królika) natychmiastowa śmierć skutkiem zatrucia kwasem. Wstrzyknięcie śródmięśniowe znosiły zwierzęta dobrze. Dodatni u królików odczyn Wassermann'a okazywał po wstrzyknięciu „606“ częściowo hemolizę.

Münch. med. Woch., 1910, Nr. 41

Baschkopf (Kraków).

Nasze doświadczenia z środkiem Ehrlicha. Podał Dr. Ritter.

60 przypadków; wstrzyknięcie według Wechselmanna z małą odmianą, podskórnice. Objawów ubocznych prawie nie było, „606“ działa co do szybkości, skutku, korzystnego przebiegu i szybkości pierwszego wyleczenia lepiej, niż rtęć i jod.

Münch. med. Woch., 1910, Nr. 43.

Baschkopf (Kraków).

Przypadek wrzodu miękkiego, tworzącego ropnie. Podał Dr. F. Heller.

W dermatologicznej klinice szpit. w Frankfurcie n. M. (dyr. prof. Herxheimer) spostrzegał asystent kliniki H. przypadek,

k który w swych własnościach klinicznych odstepuje od znanego nam obrazu chorobowego. U mężczyzny z wrzodami miękkimi wytworzyły się ropnie, zawdzięczające swoje powstanie streptobacylom Ducrey Unny—a to w samej skórze prącia. Analogicznego przypadku nie znalazł H w literaturze. Być może, że tu miało się do czynienia z szczególnie jadowitymi streptobacydami, za czem przemawia też wielokrotne występowanie nowych ropni podczas przeciwnielego leczenia i zły wpływ leczenia na wrzody.

Dermatol Zeitschrift, 1910, z. 11.

Baschkopf (Kraków).

W sprawie leczenia wrzodu miękkiego i dymienic. L. Zumbusch—Wiedeń.

W wymienionym celu poleca Z. nowojodynę, zawierającą jed i formaldehyd. Jestto proszek delikatny, żółty, bez woni. Dymienice nakluto, poczem wstrzyknięto 20%—ową zawiesinę glicerynową nowojodyny. Przeciętne trwanie leczenia: 18 dni. Objawy uboczne jak np. zapalenie skóry, nie występowały.

Wien. Klin. Woch., 1910, Nr. 18.

Baschkopf (Kraków).

O prostym i praktycznym sposobie wstrzykiwania przetworu Ehrlicha. Podał Docent Dr. A. Pasirii w Medyolanie.

Razem z prym. Bertarellim wypróbował P. wszystkie sposoby wstrzykiwania „co6“, jak Michaelisa i Wechselmanna zawiesinę wodną, obojętną, Alta i Iversena rozczyń wodny zasadowy, Kromayera zawiesinę w parafinie, Volka w oliwie, ale żadna metoda nie zadowolniła zupełnie, z powodu silnego odczynu miejscowego i ogólnego lub częstego zatykania się igły przez łatwe opadanie proszku (Volk, Kromayer). Skutkiem tego ułatwił technikę wstrzyknięcia przez zamknięcie leku, zmieszanego z adeps lanae anhydricum i olejem vaselini, w specjalnych rurkach szklanych, gotowych do użycia. Każda rurka zawiera 0,5 masy, t. j. 0,25 przetworu Ehrlicha. Z rurki, tworzącej cylinder szklany, wstrzykuje się odrazu lek, gdyż dodano do każdej rurki igłę i tłok. Wstrzykuje pośkórnie lub śródmięśniowo, naturalnie przeczekawszy — według przepisu Lessera — kilka minut na ewentualne pokazanie się krwi z igły. Kończy dłuższem masowaniem. Skutek leczniczy dobry i równa się działaniu używanego rozczyńu alkalicznego. Wstrzyknięcie bez lub tylko z bardzo lekkimi bólami. Szczególną zaletą tej metody jest trzymanie się przetworu przez dłuższy czas Ehrlich sam uznał ten sposób stosowania za odpowiedni i radził go ogłosić. Wyrabia aptekarz Zambelletti Medyolan.

Münch. med. Woch., 1910, Nr. 47.

Baschkopf Kraków

Umiejscowienie szankrów kilowych u dzieci poniżej 15 lat. Podał Gaucher i Flurin

Autorowie zajmują się umiejscowieniem furtki wtargnięcia kiły dziecięcej na podstawie 23 spostrzeżeń z ostatnich 8 lat i porówny-

wują z statystyką Fourniera o ekstragenitalnej kile dziecięcej. Najczęściej zajęte bywają wargi, twarz wogóle jest nierzadko siedliskiem zakażenia. W przeciwieństwie do statystyki Fourniera stwierdzają autorowie brak pierwotnych zmian kilowych na ramionach, gdzie Fournier opisał 5 przypadków przeniesienia choroby przez szczepienie krowianki. Ten brak tłumaczy się zaniechaniem szczepienia z ramienia na ramię.

Ann. d. malad. vén. 1910, z. 4.

Baschkopf (Kraków).

Rozpoczęcie i trwanie wydzielania arsenu w moczu po zastosowaniu arsenobenzolu Ehrlicha. Podał Greven.

Wnioski: 1. Wydzielanie arsenu po zastosowaniu „606” rozpoczyna się w moczu bardzo szybko. 2. Trwanie wydzielania arsenu przez mocz jest, jak stwierdzono metodą biologiczną, dłuższem, niż dotychczas inni podali. 3. Przy podskórnem wstrzyknięciu leku jest wydzielanie arsenu z moczem nieco wcześniej ukończone, niż po wstrzyknięciu śródmięśniowem (działanie składu – (depot). 4. Równoczesne leczenie rtęcią powoduje, jak się zdaje, zwolnienie wydzielania arsenu moczem. 5. Równocześnie podany jodek potasowy skraca wydzielanie arsenu w moczu.

Münch. med. Woch. 1910, Nr. 40.

Baschkopf (Kraków).

Szankier miękki jamy ustnej i gardłowej Podał Druelle.

Na podstawie statystyki zestawia D. te miejsca jamy gardłowo-ustnej, które najczęściej, względnie najrzadziej, są umiejscowieniem ekstragenitalnego wrzodu miękkiego. Wrzód ten usadowiony jest najrzadziej na języku. D. wylicza sposoby zakażenia, wśród których coitus perversus główną odgrywa rolę. Rozpoznanie jest trudne i wymaga stwierdzenia prątków Duceya. Wygląd kliniczny wrzodu nie musi bynajmniej być bardzo charakterystyczny.

Annal. d. malad. ven. 1910, z. 5.

Baschkopf (Kraków).

Wskazania do leczenia rtęciowego w zwykłym zaniku nerwu wzrokowego. Podał Dr. Schultz—Zehden—Berlin.

Ani doświadczeniem na zwierzętach, ani klinicznymi spostrzeżeniami nie udowodniono, żeby rtęć w dawkach lecząco skutecznym nadwreżęła nerwy obwodowe, w szczególności nerwy oczne. Leczenie rtęciowe, ostrożnie przeprowadzane (nie wstrzykiwania, lecz wciągania), wśród dokładnej kontroli pola widzenia i bystrości wzroku—nie jest w wielkiej liczbie przypadków zwykłego zaniku nerwu wzrokowego przeciwwskazane, przeciwnie zupełnie odpowiednie, szczególnie, jeżeli sprawę poprzedzała kiła. W wiałowym zaniku nerwu wzrokowego nie osiągamy co prawda poprawy, lecz tylko niekiedy zwolnienie sprawy.

Ther. Monatshefte, 1910, maj.

Baschkopf (Kraków).

Posologie du benzosulfone paraaminophénylarsinate de soud seul ou associé au mercure (hectine et hetargyre) dans le traitement de la syphilis.
 Podał Dr. F. Balzer.

B. stosuje od roku przetwórz arsenikalny, który wytworzył Mauneyrat. Wywołuje on wprawdzie niekiedy rumień skóry i napływ krwi do głowy, ale nie powoduje żadnych wielkich szkód, jeżeli zważa się na przeciwwskazania, jak choroby organiczne, dawniej przebyte choroby ócz z upośledzeniem wzroku i wiek starszy. Ponieważ ulega bardzo szybko wydzieleniu — w 4—5 dniach — nie ma więc działania zbiorowego (Kumulacji), można stosować wielkie dawki. B. dawał podskórnie najczęściej 10 cg. w 1 cm³ aq. dest. w seryach po 10—15 wstrzyknięć lub w ciężkiej i złośliwej kile nawet 0.2 Hectini=0.04 arseniku co 2-gi dzień. Tylko po pierwszym wstrzyknięciu robił przerwę 2—4 dniową. Dawka całej kuracji: 2—3 gr. B. osiągnął i mniejszymi dawkami np. 0.05 w kilowym zapaleniu nerek, 0.02 u osesków, tak samo przy podawaniu na wewnątrz (0.1—0.2 pro die, 2.0—3.0 na kurację) zawsze bardzo dobre wyniki we wszystkich okresach kily. Szczególnie dobre wyniki dawały 1 2 po 20 dniowej kuracji hektargyrą, której skład Hectini 0.1, Hg. oxycyan. 0.01, aq. dest 1 cm³ — przedstawia rzeczywiste połączenie chemiczne arsenilatu z rtęcią.

Presse méd. 1910, Nr. 31.

Baschkopf (Kraków).

O nowem szybkim barwieniu moim roztynem azureozynowym. Podał Dr. G. Giemsa.

G. starał się barwienie według Romanowsky'ego tak skrócić, by można się nim posługiwać w godzinie ordynacyjnej. Metoda Leishmana'a, do tego dążąca, nie przyjęła się ogólnie, jak również powolne barwienie krętków białych, które polecił Giemsa (ulepszony sposób Preissa), ponieważ służy do barwienia wyłącznie krętków, w szczególności krętków białych. Opierając się na postępowaniu Leishmana'a, wykrył Giemsa sposób, umożliwiający barwienie Romanowsky'ego w przeciągu kilku minut, a to nadający się do wszystkich przedmiotów, wchodzących w rachubę dla tego barwienia. Barwikiem tym jest: „Methylenazur—Methylenblau—Eosin“, który specjalnie w tym celu miesza się z równą objętością czystego wysokoku metylowego. Preparat, na powietrzu wysuszony, na szkiełku przedmiotowym cienko rozarty, daje się powierzchnią do góry do suchej szalki Petri'ego, nakropła się tyle barwika na preparat, aż nim jest zupełnie przykryty i pozwala się mu przez pół minuty zadziałać. Następnie nalewa się tyle przekroplonej wody, dopóki zupełnie szkiełko nie pokryje, przez przechylenie szalki powoduje się zupełnie jednostajne zmieszanie się barwika z wodą i pozostawia się preparat 3, jeżeli chodzi o Trypanosoma lub krętki—5 minut w mieszaniu. Odlewa się roztwór barwika, spłukuje się preparat bardzo dokładnie w wodzie płynącej, suszy i bada się w olejku cedrowym.

Münch. med. Woch., 1910, Nr. 47.

Baschkopf (Kraków).

O wydzieleniu się rtęci przez nerki przy wstrzykiwaniach śródmięśniowych oleju merkuryolowego w porównaniu z innymi środkami i sposobami. Podali Dr. Magnus Möller i Arvid Blomquist, aptekarz.

Olej merkuryolowy do wstrzykiwania polecili autorowie 1902 r. na podstawie rozbioru moczu celem stwierdzenia stosunków wchłaniania, zatrzymania (remanencyi) i wydzielenia (eliminacji) tegoż przetworu rtęciowego. Dla porównania badali te same objawy przy kilku innych przetworach i sposobach rtęciowych na chorych oddziału prym. Möllera w szpitalu sztokholmskim. Posługiwali się przytem sposobem Farupa ilościowego oznaczania rtęci. Kwestya ta ma dlatego doniosłe znaczenie praktyczne, ponieważ faktem jest, że im szybciej następuje wchłanianie, względnie wydzielenie rtęci, tem szybciej zaznacza się też wpływ na objawy chorobowe. O ile niema objawów, samych przez się niebezpiecznych, które jak najszybciej należy usunąć, to celem racjonalnego leczenia przeciwickłowego nie jest uzyskanie chwilowe ustąpienia widocznych objawów. Ważniejszym jest korzystne zadziaływanie na przyszły przebieg choroby. Doświadczenie stwierdza, iż pewna ilość rtęci może ochronić ustrój przed nawrotem. Dla tego jest bardzo ważne poznanie remanencyi rtęci przy różnych przetworach i sposobach. Od różnej szybkości wchłaniania i remanencyi rtęci zależy nietylko ilościowo różne działanie lecznicze i prognostyczne, ale także niebezpieczeństwo zatrucia jest różnem przy różnych sposobach leczenia. Te sposoby, po których rtęć szybko ulega wessaniu, ale także szybko ustrój opuszcza, jak przy wstrzykiwaniu sublimatu lub innych rozpuszczalnych soli rtęciowych, muszą posiadać z jednej strony szybką skuteczność leczniczą, z drugiej strony krócej trwające działanie wobec skłonności choroby do nawrotu. Właśnie te środki łączą się skutkiem swego szybkiego wchłaniania z większem niebezpieczeństwem zatrucia podczas samego leczenia. Natomiast te środki i sposoby leczenia, przy których wchłanianie odbywa się powoli i jednostajnie (wstrzykiwania olejku merkuryolowego i podobnego do niego oleju szarego, dalej wcierania), muszą a priori, gdzie szybko potrzeba wielkiej dawki rtęci, mieć mniej szybką skuteczność. Z drugiej strony muszą one skutkiem silnego opóźnienia wydzielenia i jego rozciągłości działać stosunkowo długo przeciw nawrotowi. Powolne ich wydzielenie się łączy się z niebezpieczeństwem zatrucia ku końcowi lub po ukończeniu leczenia, dlatego należy być bardzo ostrożnym przy dawkowaniu, szczególnie przy końcu leczenia lub przy jego przedłużeniu. Następna praca autorów zajmie się praktycznie nadzwyczaj ważną kwestyą wskazań i dawkowania oleju merkuryolowego.

Dermatol. Zeitschrift, 1910, z. 11.

Baschkopf (Kraków).

Przyczynki do leczenia kiły przetworem Ehrlicha. Podał Dr. W. Fischer—Berlin.

F. usprawiedliwia stanowisko nieprzychylnie Buschkego wobec nowego leku. Podnosi, że na 8 spostrzeganych przez niego pewnych nawrotów po Hacie przydarzyły się 4 ciężkie schorzenia oczne i wskazuje na skłonność leku do tworzenia zgorzeli,

Buschke stosuje na razie przetwórz tylko wtedy, jeśli dotychczasowe sposoby zawodzą. Wywody Ehrlicha przeciw Buschke-mu uważa tenże za bezpodstawne i wyraźnie podtrzymuje swoje zapatrywanie o neurotroficznem działaniu Haty. F. podaje też przypadek bardzo niekorzystnego wpływu na serce: do 148 uderzeń serca na minutę, wielokrotnie spostrzegane obfite poty. Ponieważ po 2 miesiącach od wstrzyknięcia 0.15 jeszcze można było As stwierdzić w moczu, usunięto operatywnie depot arsenowe na grzbiecie, poczem nastąpiła poprawa.

Med. Klinik, 1910, Nr. 45.

Baschkopf (Kraków).

Organotrop—Spirillotrop. Podał Fr. Lesser—Berlin. (Krytyczne uwagi do sposobu działania i stosowania. Ehrlicha—Haty 606).

U niekilowych działa „606“ tak samo, jak dytychczas stosowane przetwory arsenowe, tylko że działanie następuje w sposób prostszy, szybszy i bardziej wzmocniony. Tu, podobnie jak w kile, działa przetwórz w wysokim stopniu „organotrop“, wzmaga w stopniu daleko większym, niż wszystkie dotychczasowe leki przeciwkiłowe działanie znajdujących się prawidłowo w ustroju ciał prątkobójczych. Obok tego pewnem jest naturalnie działanie „spiryllotropijne“ przetworu. Nie należy jednak zapomnieć, że jak długo urzeczywistnienie idei Ehrlicha—Therapia magna sterilisans—nie jest udowodnione, dobrze będzie, przy zwalczaniu kiły ustrojowej, wybierać takie dawki leku, które mogą powiększyć siłę odporności ustroju, podnieść działanie naturalnych sił obronnych w ciele i podwyższyć żywotność komórki. Nie osiąga się tego wysokimi dawkami lepiej, niż średnimi. Nie należy więc obliczać mechanicznie dawkę, która ma być użytą, według ciężaru ciała—L. kładzie większy nacisk na indywidualne leczenie, stosownie do wyniku odczynu Wassermana. Jeżeli w 6–8 tygodni po wstrzyknięciu nie nastąpiła jeszcze zmiana odczynu na ujemny, należy drugi raz wstrzyknąć.

Ber. klin. Woch., 1910, Nr. 43.

Baschkopf (Kraków).

O techniczem wydoskonaleniu odczynu Wassermana obok klinicznych uwag o jego wartości i istocie. Podał Dr. Müller—Wiedeń.

Odczyn jest ilościowo swoisty. Przy każdej modyfikacji, podwyższającej odsetkę wyników dodatnich w kile, należy udowodnić, iż przez to nie cierpi swoistość odczynu. Zapomocą wyskokowego wyciągu sercowego i czynnej surowicy chorego można przy odpowiedniem dawkowaniu doprowadzić odczyn do najwyższej sprawności. Przy przestrzeganiu tego sposobu staje się liczba dodatnich odczynów w widocznej kile okresu II i III tak wielką, iż wynik zupełnie ujemny z pewnością przemawia przeciw istniejącym objawom kiłowym. Tylko, jeśli w ostatnim czasie wyprzedziło leczenie lub jeśli chodzi o rozpoznanie istniejącego wiađu lub o młodsze stwardnienie pierwotne, nie można wysnuć pewnego wniosku z odczynu ujemnego. Odczyn słaby lub średnio silny przydarza się tylko

rzadko w istniejących zmianach kilowych, który pojąć należy jako odczyn graniczny, ponieważ wyjątkowo przydarza się też w chorobach niekilowych. Przy stwierdzonej kile w czasie utajenia natomiast przemawiają także niezupełne odczyny z wielkim prawdopodobieństwem za kilą. Niezupełne odczyny można jednak tylko przy przygotowaniu całego szeregu doświadczeń należycie odczytać. Odczyn dodatni przy braku klinicznych objawów można uważać za objaw czynnej kily, a chorym takim należy polecić leczenie. O wytwarzaniu się reagujących substancji w surowicy nie można wydać ostatecznego orzeczenia, niektóre jednak fakty kliniczne przemawiają za tem, że ich wytwarzanie się łączy się z powstawaniem niweczników przeciw bodźcom kilowym.

Wien. klin. Woch., 1910, Nr. 40.

Baschkopf (Kraków).

Zastosowanie środka Ehrlicha—Haty w chorobach nerwowych. Podał Dr. Frenkel—Heiden.

Na podstawie obcych i własnych doświadczeń twierdzi F., że Ehrlich niegdyś z zakresleniem swych surowych wskazań (bardzo daleko rozwinięte sprawy zwyrodnienia ośrodkowego układu nerwowego, ciężkie choroby mózgowie, chorzy z miażdżycą tętnic, każde funkcjonalne zboczenie czynności serca, szczególnie dusznica bolesna, mają być wykluczone od leczenia H a t a) jeszcze nie wypowiedział ostatniego słowa. Teoretyczne zarzuty przeciw stosowaniu w porażeniu postępującem i wiaździe rdzenia nie mają podstawy, gdyż obok powoli rozwijającego się często zatrzymującego się zwyrodnienia składników nerwowych są to przeważnie zapalne sprawy kilowe, wyciskające piętno na przebiegu i rokowaniu każdego przypadku. Przeciw tym stosowano słusznie dotychczas zawsze środki przeciwkilowe i dla tego powinno się obecnie też używać H a t y, który to lek według doświadczeń F. rzadko szkodzi w metakilowych chorobach. F. daje pierwszeństwo obojętnej zawieszinie.

Berl. klin. Woch., 1910, Nr. 45

Baschkopf (Kraków).

O kile królików i świnek morskich. Podał Prof. Dr. E. Tomaszewski—Berlin. (Z polikliniki dermatol. prof. Lessera).

Doświadczenia na wspomnianych zwierzętach pouczają, że szczególnie jądra i moszna królików samców są znakomitem podłożem dla bodźców kilowych. Podczas gdy przy kilowym zapaleniu rogówki prawie bez wyjątku brak obrzmienia otaczających gruczołów chłonnych, to przeciwnie zmianom kilowym części płciowych towarzyszy prawie zawsze obrzmienie pachwinowych gruczołów chłonnych. Przy zaszczepieniach śródjądrowych i mosznowych mają bodźce kilowe nadzwyczaj korzystne warunki do rozszerzenia się in loco. Następnie mogą po szczepieniach moszny lub jądra jednej strony wystąpić zmiany chorobowe w mosznie lub w jądrze drugiej strony. Po użyciu silnego jadu (virulenter Passagevirus) towarzyszą zmianom kilowym części płciowych królika samca prawie regularnie zmiany chorobowe sąsiednich gruczołów chłonnych. Jest to ważne, gdyż zajęcie tych gruczołów przez bodźce kilowe tworzy

poniekąd pierwszy, klinicznie stwierdzalny, etap na drodze zakażenia całego ustroju. Z badań T. i innych wynika, że uogólnienie kiły także u królika wcale nierzadko się zdarza. Co się tyczy wrażliwości świnki morskiej na jad kiłowy, to są one mniej wrażliwe, niż małpy i króliki.

Dermat Zeitschrift, 1911, Nr. 1.

Baschkopf (Kraków).

Jakie usługi oddaje serodyagnoza lekarzowi praktycznemu? Podał H. H e c h t - Praga.

Surowicę badać się powinno tylko po dokładnem stwierdzeniu stanu klinicznego. Odczyn dodatni u zresztą zdrowego człowieka przemawia bezwarunkowo za kiłą, ujemny nie przeciw niej. W rozpoznawaniu różniczkowym można wyzyskać tylko wynik dodatni. Tylko w bardzo konkretnych przypadkach można wysnuć wnioski z wyniku odczynu dla leczenia, przebiegu i rokowania choroby kiłowej. Ważnem jest ustalenie czasu, w którym badano krew i wpływu leczenia rtęcią na dodatni wynik odczynu, gdyż rtęć może często w krótkim czasie usunąć odczyn dodatni. Następujące choroby tworzą wskazania do badania surowicy: wątpliwe owrzodzenia, wysypki zapalenia gardła, wypadanie włosów, kiła utajona u nierządnic. Przy podejrzeniu na ogłupienie porażenne, wiał rdzenia, kiłę mózgu i mózgowo-rdzeniową, w chorobach układu naczyniowego, wątroby, nerek, w przewlekłym gościcu stawowym wyjaśni serodyagnoza sprawę. Z przypadków chirurgicznych wchodzi w rachubę: zapalenie okostnej, guzy wątroby, obrzęki jąder; z chorób ocznych, zapalenie mięszone rogówki, tęczówki, naczyniówki, z chorób ginekologicznych: powtarzające się poronienie, guzy podbrzusza. Ważną jest serodyagnoza przy badaniu mamek.

Prager med. Woch., 1910, Nr. 11.

Baschkopf (Kraków).

W sprawie prowokacji wysypki w drugim okresie wylęgania kiły. Podał Dr. H. K r e m e r. Z oddz. dermat. wiedeńsk. szpit. powsz.; kierownik Docent Dr. G. N o b l.

Zaostrzenie się wysypki kiłowej pod względem nasilenia i rozciągłości po pierwszym wstrzyknięciu (H e r x h e i m e r i i n.) wykorzystali B u s c h k e i H a r d e r w ten sposób, iż zastrzykują 0,04 sublimatu, by wywołać wysypkę swoisto kiłową przed upływem drugiego okresu wylęgania. Sądzą oni, iż nie należy rozpocząć leczenia rtęciowego przed wybuchem objawów ogólnych, a tem właśnie prowokacyjnem wstrzyknięciem chcą choremu skrócić czas wyczekiwania. Twierdzą oni, że przez wstrzyknięcie 0,04 sublimatu można wywołać swoisto kiłową wysypkę w 2 1/2—9 tygodni po wystąpieniu zmiany pierwotnej. K r e m e r kontrolował doświadczenia opisane i podaje, że na 20 przypadków zastrzykniętych był tylko jeden, któryby mógł jako dodatni oznaczyć.

Co się tyczy tłomaczenia opisanego objawu, to Kr. nie zgadza się z T h a l m a n n e m, tłomaczącym ten odczyn tak, iż przez szybkie zabijanie krętków białych, już w skórze nagromadzonych, uwalniają się endotoksyny, wywołujące następnie wysypkowe objawy odczynu.

Natomiast stwierdzono, iż zaraz po pierwszym wstrzyknięciu rtęci pobudzoną zostaje produkcya limfocytów i wzmożonem krążenie w szlakach chłonnych, należących przecież do ulubionych dróg transportu krętków białych. Kr. mniema, iż przeto jeszcze większa ilość krętków szybciej zostaje przeniesioną do powierzchni ciała, a to większe nagromadzenie się żywych krętków sprawia zaostrzenie się wysypki. Jest to ta sama przyczyna, co w bodźcu skórny, który u kilowych również może wywołać wysypkę swoistą, względnie wpłynąć na jej nasilenie. Za tem tłómaczeniem przemawiają też zmiany histologiczne, wykazane przez Herxheimera i Krausego, którzy znaleźli w miejscach odczynu naciek cechy limfatycznej.

Dermat. Zeitschrift, 1910, z. 12.

Baschkopf (Kraków).

O sposobach zarażenia się kiłą u dzieci. Podali Flurini i Manne.

Omówienie głównego źródła zakażenia się dzieci kiłą, przy karmieniu, skłania autorów do zwracania uwagi na wielkie niebezpieczeństwa, zagrażające dzieciom ze strony mamek. Podkreślają konieczność energicznej ochrony dzieci np. przez poświadczenia lekarskie o stanie zdrowia dziecka, na końcu karmionego, przy pomocy serodyagnozy. Nie mniej mają także mamki prawo ochrony przed zakażeniem się kiłą dziedziczną, również przez poprzedzające badanie lekarskie powierzonych im osesków. Wyjaśniają pravidła Profety i Baumés—Collesa, wskazując, jak na podstawie nowych badań serologicznych inaczej je należy użytkować. Przypominając niebezpieczeństwa pocałunku, omawiają przenoszenie kiły przez zgwałcenie, co często należy przypisać straszemu zabobonowi, iż można kiłę wyleczyć przez dotknięcie się dziewicy. W końcu omawiają przeniesienie choroby przez niezyste manipulacje chirurgiczne, zapomocą instrumentów muzycznych, służących do dmuchania, używanie wspólnego łóżka i t. p. Dokładną znajomość choroby wśród laików polecają autorowie jako najlepsze zapobieganie.

Annal d. malad. vén. 1910, z. 4.

Baschkopf (Kraków).

Barwienie spirochaete pallida in vivo według E. Meiroskiego. Podał Dr. L. Zweg.

Autor opisuje ową metodę w sposób następujący: Po dokładnem oczyszczeniu szkiełka fizyologicznym roztworem soli kuchennej, rozciera się przez trzy minuty stężony roztwór Methylviolettu i po wyciągnięciu zapomocą ssawki Biera surowicy krwi, miesza się jedną kroplę takowej z wodą destylowaną i bada pod mikroskopem. Krętek biały występuje wtenczas lekko niebiesko zabarwiony i wykazuje wyraźne rotacyjne ruchy, podczas gdy wszystkie inne bakterye barwią się znacznie ciemniej.

Medizinische Klinik Nr. 21. Wiedeń maj 1910.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

O ciałach antyseptycznych przy kile. Podał Dr. B. Stümpka.

Autor podaje, że w przypadkach kiły stwierdzonych jużto zapomocą reakcyi Wassermanna, jużto objawami klinicznymi, wykazał

w 67%o zmniejszone ciała antitypsynowe, bez zmiany zaś w przypadkach komplikowanych ciężą lub gruźlicą. W okresie późniejszym kiły, zmniejszenie to dochodziło do 95%o badanych chorych. Również i w pewnej części schorzeń metasylfitycznych, jak *Tabes* i *Paralysis progressiva*, ciała owe są zmniejszone. Objaw ten świadczy, że w przebiegu kiły w przeciwieństwie do raka i gruźlicy przychodzi do znacznie mniejszego powstawania fermentów.

Medizinische Klinik Nr. 6. Wiedeń luty 1910.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

Nowe badania nad kiłą u królika. Podał Dr. Mario Truffi.

Autor podaje, że dalsze badania wykazały, iż zakażone poprzednio kiłą króliki okazują pewną odporność przeciw powtórnemu zakażeniu, które przechodzi w formie bardzo łagodnej, a nawet poronnej. Doświadczenia wywołania czynnej lub biernej odporności wypadły ujemnie. Próby ze szczepieniem zapomocą organów wewnętrznych zakażonych kiłą królików wykazały, że jądra tychże bez jakichkolwiek zmian zewnętrznych bywają zakażone zarazkami kiły. Następnie, że podskórne szczepienie kiły może wywołać zmianę daleko od miejsca szczepienia położoną. Szczepienie kiły ludzkiej było połączeniem u królików zawsze z dodatnimi wynikami. Leczenie zapomocą atoksylu tylko w bardzo ograniczonej liczbie przypadków dało rezultaty dodatnie.

Medizinische Klinik Pr. 7 Wiedeń luty 1910.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

Dodatek do kazuistyki syphilis maligna. Podał Dr. Karol Piorkowski.

Autor opisuje przebieg dwóch przypadków kiły złośliwej, gdzie w pierwszym już okresie początkowym wystąpiły obszerne wysypki na całej skórze, dając powód do późniejszego powstania rozległych wrzodów. W drugim przypadku w okresie późniejszym wystąpiły wrzody na całej skórze, które po długim leczeniu szpitalnem zaledwie poprawiły się nieco. Autor zaznacza, że w podobnych przypadkach odgrywa rolę szczególnie predyspozycya chorych, a z leków uważa jodek potasu za najlepiej działający w podobnych schorzeniach.

Medizinische Klinik Nr. 24. Wiedeń maj 1910

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

Dodatek kliniczno-anatomiczny do pathogenezy gorączki wskutek kiły organów brzusznych. Podał Dr. Herman.

Autor opisuje objawy kliniczne i szczegóły anatomiczne ciężkiego przypadku kiły organów brzusznych, przebiegającego z wysoką gorączką i zakończonem śmiertelą. Zmiany kiłowe najwięcej usadowione były w śledzionie i gruczołach kreskowych, a wynik sekcyi stwierdził zapatrywanie Klemperera, że przyczyną gorączki kiłowej bywają przeważnie kilaki narządów brzusznych. Powstanie zaś samej gorączki, a niemniej innych objawów chorobowych w obserwowanym przypadku, jak psychozy, potem wysypki na skórze i wrzodów na błonach śluzowych tłumaczy autor działaniem samego zarazka ewentualnie toksyn tegoż.

Medizinische Klinik Nr. 26. Wiedeń czerwiec 1910.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

c) TRYPER.

O wpływie soli żółciowych na gonokoki i wydzielinę spojówkową, zawierającą gonokoki. Podał Dr. Walter Löhlein.

Sole żółciowe działają silnie prątkobójczo; glikocholan sodowy jest pod tym względem skuteczniejszy, niż taurocholan sodowy. W 2½%-owych roztworach powodują te sole przekrwienie spojówek, do czego przyląca się po zastosowaniu silniejszych roztworów wydzielina, 5—10% roztworach powierzchniowe zmętnienie rogówki. Ludzie znoszą dobrze 2—3%-owe roztwory, także silniejsze roztwory nie drażnią tak gwałtownie jak u królika, ale 10% roztwór do stałego stosowania nie jest wskazany.

Klin. Monatsblätter f. Augenheilk., t. 47, str. 2371.

Baschkopf (Kraków).

Leczenie powikłań stawowych w przebiegu rzeźączki gorącym powietrzem. Podali Dr. Dr. M. Grünspan i Faroy.

G. i F. leczyli 9 przypadków rzeźączkowych chorób stawowych hydrartoz, postaci ropnych, ostrych, jak przewlekłych, wybitnych zeszczywnień stawów gorącym powietrzem o ciepłocie 125°, stosując przy większych stawach kończyny kąpiele, przy mniejszych (głowy, kręgosłupa) tusze. Już po pierwszym posiedzeniu występowało zmniejszenie bólów i po stosunkowo krótkim czasie zupełne wyleczenie. Wyniki te tem bardziej zadziwiają, że niektórzy chorzy poprzednio przechodzili różne sposoby leczenia, także wakcynację W r i g h t'owską do 20 milionów gonokoków, wszystko bezskutecznie. Posiedzenia robiono co drugi dzień, 25—30 minut, w ankylozach stawów nogi z wtórorzędnym zanikiem mięśni nadto miesienie i elektryzowanie.

Gaz. d. Hôp. 1910, Nr 26.

Baschkopf (Kraków).

O lekach powiększających popęd płciowy. Podał Dr. R. Kaffenmann—Królewiec.

Opierając się na doświadczeniu, iż kilka podobnie działających środków, równocześnie stosowanych, oddaje dobre usługi, podczas gdy jeden lek, sam użyty, zawodzi, kazał K w fabryce A. Bernharda sporządzić aphrodisiacum, w skład którego wchodzi: ambra, ester mentolo-mentylowy, yohimbina, muira puama, calc. glycerin.—phosphor.

Münch. med. Woch., 1910, Nr. 7.

Baschkopf (Kraków)

Kliniczne doświadczenia nad gruźlicą pęcherza moczowego. Podał Dr. Karo.

K. podnosi, iż gruźlicze zapalenie nerek i pęcherza moczowego często przebiega pod postacią przewlekłego rzeźączkowego zapalenia pęcherza moczowego. Bardzo poleca w takich przypadkach badanie osadu moczowego na prątki gruźlicze, ewentualnie przez doświadczenie na zwierzęciu, a w celach rozpoznawczych wstrzykiwanie tuberkuliny. W przypadkach początkowych działa tuberkulina lecząco, w przypadkach daleko posuniętych należy nerkę chorą wyluszczyć.

Arch. f. Dermat., t. 100, z. 1—3.

Baschkopf (Kraków).

O leczeniu wakcyną powikłań rzeżączkowych. Podali Dr. Dr. W. Friedländer i H. Reiter—Berlin.

Leczenie wakcyną daje uderzająco dobre wyniki w ostrem lub podostrem rzeżączkowym zapaleniu przyjądrzy, zadowolające wyniki w ostrem i podostrem mieszkowym zapaleniu stercza, gdzie przynajmniej skraca trwanie choroby i wspiera inne zabiegi lecznicze, z a w o d z i dotychczas w guzach po zapaleniu przyjądrza, składających się z tkanki bliznowatej, z a w o d z i następnie w ostrej i podostrej urethritis anterior i posterior i urethrocystitis gonorrhoeica i nie może dotychczas w tych chorobach współbiegać się z przetworami naszego wypróbowanego leczenia srebrem, gdzie okazały się skutecznymi od wielu lat szczególnie albargina, protargol, ichtargan i argentamina.

Dermatologische Zeitschrift, 1911, z. 1.

Baschkopf (Kraków).

Runge: O patologii „przerostu“ krocza. Mitteil. a. d. Greuzgeb. d. Med. u. Chir., t. 20, str. 347

Na podstawie makro- i mikroskopowych 23 przypadków powiększenia przekrocza w strasburskim zakładzie patologicznym odrzuca R. wyrażenie „przerost“ krocza, ponieważ mamy tu do czynienia nie z powiększeniem przybłonka gruczolowego, lecz z jego pomnożeniem, więc z czynnego udziału hyperplazji Zapatrywanie Ciechanowskiego i Rotschilda, że poprzedające zapalenie krocza warunkuje powstanie hyperplazji jego, już dlatego nie jest słusznym, ponieważ zapalenie prowadzi do zaniku, a nie do przerostu. Jeżeli tu bywają wyjątki, czego nie można zaprzeczyć, to można jednak genieżę zapalną poznać po silnie zapalnym nacieku wszystkich warstw tkankowych. Tego tu jednak nie ma a preparaty R. wykazują czyste bujanie gruczolakowe.

Baschkopf (Kraków).

Przyczynki do nauki o bezpłodności mężczyzny. Podał Scholtz.

Przeważnie przecenia się znaczenie rzeżączki dla powstania braku plemników (azoospermii). Wśród materiału, który badał Sch. t. j. rosyjskich żydów, należą choroby płciowe do rzadkości. Tylko 4 na 23 mężczyzn nieplodnych przyznało się do dawno przebytej rzeżączki. W przeważającej liczbie przypadków nie można było wynaleść dla azoospermii dostatecznej miejscowej lub ogólnej przyczyny.

Arch. f. Dermat., t. 101, z. 1.

Baschkopf (Kraków).

O rzeżączkowej puchlinie moszny. Podał Buschke.

W 3 przypadkach B. wystąpił w przebiegu rzeżączki obrzęk skóry moszny, analogicznie do obrzęku napletka, wcale nierzadko spotrzanego. Może wywołuje ten na pozór samoistny obrzęk zapalenie przyjądrza, pod obrzękiem się znajdujące.

Arch. f. Dermat., t. 100, z. 1—3.

Baschkopf (Kraków).

Leczenie rzeżączki środkami balsamicznymi. Podał Dr. M. V. Zeissl w Wiedniu.

Autor poleca bardzo do wspomoczenia leczenia miejscowego używać wewnętrznie środki balsamiczno-eteryczne przy małych ilościach płynów, aby uniknąć zbyt wielkiego rozcieńczenia tychże w moczu. W tym celu używa balsam kopaiwiany, wyciąg kubeby, terpentynę a z przetworów santalowych Gonosan i Thyresol,

Medizinische Klinik Nr. 19. Wiedeń maj 1910.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

Teoria nerwowej impotencji. Podał Dr. E. Kantorowicz.

Autor po omówieniu objawów tego cierpienia podaje, że leczenie powinno być ogólne i miejscowe i dzieli takowe na psychiczne, higieniczno-dyetyczne i zapomocą stosowanych leków. W tym ostatnim celu wprowadza lek nowy, według własnych wskazówek zestawiony, pod nazwą Libidol, który zawiera wyciąg alkoholowy wszystkich części składowych kory drzewa Johimbea i Muira — puoma oraz działające substancje z orzechów Kola.

Medizinische Klinik Nr. 26, Wiedeń czerwiec 1910.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

O przerzutowej conjunctivitis u gonorrhoiików. Podał Dr. Herman Davids.

Autor podaje, że bardzo wielu badaczy nie mogło przy przerzutem zapaleniu tryptomem łącznicy wykazać w wydzielinie tejże gonokokków. Autor jest zdania, że w podobnych przypadkach nie przychodzi do przerzutów gonokokków, lecz toksyn tychże lub innych środków drażniących, znajdujących się w wydzielinie cewki moczowej. Objaw ten ma wielkie znaczenie praktyczne, gdyż przy braku gonokokków cierpienie to przebiega łagodniej i rokować można dobrze. W jaki sposób przerzut przychodzi do skutku, wyjaśnionem nie jest.

Medizinische Klinik Nr. 25. Wiedeń czerwiec 1910.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

Wiadomości bieżące.

Redakcja „Przeglądu chor. skórnych i wenerycznych” ogłasza niniejszym konkurs im. Wojciecha Oczko na najlepszą pracę, wydrukowaną w „Przeglądzie” lub w rękopisie złożoną w redakcyi w r. 1910 i 1911 do 1 czerwca 1912 r. Nagroda wyniesie 250 rb. Lista sędziów konkursowych będzie ogłoszona w „Przeglądzie” w drugiej połowie 1911 roku.

Redaktor i wydawca: F. Malinowski.

Druk K. Kowalewskiego, Mazowiecka 8.

LABORATORIUM ANALITYCZNE

D-ra St. Serkowskiego

do celów djagnostyki lekarskiej wykonywa:

Analizy szczegółowe moczu i oznaczenie w procentach lekarstw — jodu, rtęci w moczu, **analizy** krwi ogólne i bakterjologiczne, **analizy** włosów i łusek na obecność grzybków pasorzytnicznych, poszukiwanie krętków białych w sprawach miejscowych.

Reakcja Wassermanna (z antygenem swoistym) w płynie mózgodzeniowym lub surowicy krwi tabetyków, paralityków, chorych w różnych okresach syfilisu i wogóle podejrzanych o syfilis. **Analizy** ścisłe bakterjologiczne nitek śluzowych, moczu i wydzieliny gruczołu krokowego. **Przygotowanie waku** mono i poliwalentnych do wacynoterapii.

Kuracja KEFIROWA

K. SIGALINA

Królewska Nr. 31.

Dostawa do domu.

Hemogen Magistri Klawe

Związek chemiczny,
zawierający
żelazo i mangan;

energiczny środek odtwarzający krew, silnie pobudzający apetyt, łatwy w stosowaniu, o przyjemnym smaku; nie psujący się, nie wywołujący zaparcia, nie działający na zęby; zalecany przy wszelkich stanach osłabienia u dzieci i dorosłych;

Próbki
i literatura są
na usługi
P.P. Lekarzy.



POLECA
LABORATORJUM CHEMICZNE
PRZY APTECE
MAGISTRA H. KLAWE,
10, PL. ŚW. ALEKSANDRA, WARSZAWA.
TEL. 25-08 i 24-84.

APTEKA

E. GESSNERA

w Warszawie, Jerozolimska 27.

POLECA:

Tabulae graduatae à 30,0

Ung. hydrarg. cin. depur. c. Mitino pti 33¹/₂
 " " " " " Resorbino " 33⁰/₁₀ et 50⁰/₁₀
 " " " " " adipo ph. " 33¹/₂ " 50⁰/₁₀
 Sapo Rusci liquid. D-r. prof. Lassari à 120,0

Solut. sterilisat. in ampulis à 1 C. C.

Atoxyli Gallici 0,05 — 0,10 (et 0,20 in 2 C. C.)

Hydrarg. arseniat.-salicyl. (loco Enesol) 0,03 (et 0,06 in 2 C. C.)

" benzoic 0,02 c. Na Cl
 " bichlor. corr. 0,02 c. Cocain. 0,01
 " cyanat. c. Cocain aa 0,01
 " salicylic. 0,01 — 0,02
 " sozjodolic. 0,01

Hermophenyli 0,20

Thiosinaminaethyljodat (loco Tiodin) 0,20

i wiele innych objętych specjalnym cennikiem.

Również przyrządza wszelkie kompozycje sterylizowanych iniekcji w ilości nie mniejszej 1 tuzina ampułek.

Do tuzina iniekcji dotęcza się specjalny pliniczek.



PRZEGLĄD CHOROÓB SKÓRNYCH i WENERYCZNYCH

REDAKTOR I WYDAWCA: Dr. FELIKS MALINOWSKI

MAZOWIECKA 4 m. 6.

TELEFON 74 04

Niniejszy zeszyt z powodów niezależnych od Redakcyi wyszedł ze znacznym opóźnieniem, za co najuprzejmiej przepraszamy Sz. Czytelników.

Następne zeszyty będziemy wydawać w krótszych odstępach czasu, żeby wypełnić braki.

Prenumerata rocznie w Warszawie 6 rb. — poza Warszawą 7 rb.



Gometol Magistra Klawe

kapsułki żelatynowe GOMETOL A zawiera: Ol. Santal, Salol, Metylenblau. GOMETOL B: Ol. Santal, Urotropinę, Salol. Stosują się 3-4 razy dziennie po dwie kapsułki przy Gonorrhoe, Cystitis, Pyelitis i t. p.

LABORATORYUM APTEKI MAGISTRA H. KLAWE 10, Plac Św. Aleksandra, Warszawa.



Nagrodzone na wystawach
złotymi medalami i dyplomami uznania

**Mydła przetłuszczone
hygieniczne i lecznicze**

z zastosowaniem
najnowszych wskazań
nauki (jak Albuminowe,
Anthrasolowe i t. p.)

oraz środki higieniezno-kosmetyczne

wyrabia APTEKA

M. MALINOWSKIEGO

NOWY ŚWIAT Nr. 35, w WARSZAWIE



Warszawskie Towarzystwo Akcyjne

„Motor”

Marszałkowska Nr. 23.

Oddział Farmaceutyczny TELEFON 1809.

poleca:

Plastry smarowane, zwyczajne i kauczukowe.

Przetwory chemiczne i farmaceutyczne.

Barwniki do badań mikroskopowych.

Kataplazmy na sposób Hamiltona.

Kąpiele z kwasu węglowego.

Czyste odczynniki chemiczne.

Tlen zgęszczony.

Nowe środki lecznicze.

Oddział Wód Mineralnych TELEFON 491.

poleca:

Wody mineralne sztuczne.

Sole do kąpeli mineralnych, kąpiele wydają się w Łazienkach

Akcyjnych na Zjeździe.

Wody Normalne Lecznicze prof. d-ra Jaworskiego.

OSTRZEŻENIE!

Niniejszem podaję do wiadomości, że ukazały się w handlu naśladownictwa moich

Kataplazmów

Antyseptycznych

w opakowaniu wprost skopiowaniem w rysunku i kolorach z mego.

Uprzejmie więc proszę WW, PP. odbiorców o łaskawe zwracanie uwagi na firmę moją, umieszczoną na każdym pudełku.

Z poważaniem

K. STRZELECKI.

I.

PRACE ORYGINALNE.

WAKCYNOTERAPIA.

(Zarys społecznego stanu wiedzy o istocie szczepień ochronnych i leczniczych).

Podał

Dr. Stanisław Serkowski.

I.

CZEŚĆ OGÓLNA.

I. Uodpornianie czynne i bakteryoliza.

TREŚĆ: Odporność czynna i bierna. Bakteriolizyny. Niweczniki. Własności bakteryolizyn. Teorya Ehrlicha, Miecznikowa i in. Stosunek bakteryolizyn do opsonin.

Podobno już w starożytności Mitrydatesowi znaną była właściwość ustroju ludzkiego nabycia odporności przeciw grzybom trującym drogą spożywania takowych w małych nieśmiertelnych dawkach. Nie tylko w świecie lekarskim, lecz powszechnie od wieków znanym i ustalonym jest fakt, że przebycie niektórych chorób zakaźnych w zupełności zabezpiecza od ponownego zachorowania na tę samą sprawę, i dlatego od dawien dawna w szpitalach dla zadżumionych personel obierany bywa z pośród osób, które przebyły już dżumę. O uodpornieniu organizmu przeciw ospie naturalnej po jednorazowym przebyciu tej choroby wiado-

mem było przed wiekami chińczykom, i spostrzeżenie to dało podwalinę do wiekopomnego odkrycia Jennera.

Pierwszy Pasteur zastosował osłabione hodowle bakteryi, jako szczepionki uodporniające. Cały szereg pierwszorzędnych badaczy, poczynając od Kocha, Gengou, Behringa i Ehrlicha, kończąc na Wright'cie, Levaditi'm i in. rozwinęli naukę wakcynoterapii i wakcynoprofilaktyki do rzędu nauk ścisłych, należycie uzasadnionych, tysiącami doświadczeń i spostrzeżeń popartych,—nauk, stanowiących podwalinę spólczesnej medycyny i higieny.

Do zasług Ehrlicha należy ściśle odróżnianie odporności czynnej od biernej. Pod tą ostatnią nazwą rozumieć trzeba taki stan, przy którym ustrój nie przyjmuje udziału czynnego w wytwarzaniu istot ochronnych; one są już jako takie wprowadzone do krwiobiegu razem z surowicą czynnie uodpornionych zwierząt. Odporność, nabyta biernie, trwa niedługo—tylko dopóki znajdują się w ustroju substancje, wprowadzone razem z surowicą zwierzęcia: po upływie kilku tygodni, co najwyżej miesięcy, odporność taka znika.

W przeciwstawieniu do powyższej czynna odporność jest wyrazem czynnej pracy, jako odczyn na pewne bodźce i wyraz wzmożonej działalności komórkowej: rolę tych bodźców odgrywać mogą swoiste drobnoustroje—zjadliwe, zabite bądź też osłabione—, t. zw. w a k c y n y czyli s z c z e p i o n k i, po których wprowadzeniu do ustroju nie nagromadzają się, lecz w ciągu 5 do 10 dni wytwarzają się swoiste ciała ochronne, działające swoiście przeciwko temu tylko gatunkowi bakteryi, z którego pomocą były wytworzone.

Czynną swoistą odporność ustrój nabywa bądź po przebyciu danej sprawy chorobowej, bądź też po zakażeniu sztucznem. Jako ogólną zasadę uważa się fakt, że przebycie płonicy, odry, ospy, lub duru brzuszego zabezpiecza ustrój od ponownego zapadnięcia na tę samą sprawę — na całe życie; i błonica uodpornia na pewien szereg lat (bywają wyjątki). Niezmierną doniosłość epidemiologiczną ma ustalony fakt, że jednakowo silna odporność występuje nie tylko po ciężkich przypadkach, lecz i po lekkim, ambulatoryjnie przebiegającym stanie, po stanach chorobowych, zaledwie dostrzec się dających. Do tejże kategorii przyczyn swoistej czynnej odporności zaliczam na mocy doświadczeń własnych

i spostrzeżeń (1905 p. „Materiały do nauki o odporności“) — samouodpornienie u zdrowych przenosicieli bakterii.

Zasadnicze twierdzenie, udowodnione przez Briegera, Kitasato i Wassermanną, polega na tem, że zwierzęta można czynnie uodporniać nie tylko z pomocą hodowli żywych, ale i zabitych. Surowica zwierząt, uodpornionych żywymi lub zabitymi hodowlami, nabiera własności rozpuszczania bakterii swoistych; substancje, które powodują to zjawisko, były wykryte i zbadane przez Pfeiffera: są to t. zw. bakteriolizyny.

Zjawisko bakteriolizy przy niektórych sprawach zakaźnych, jakoteż ściśle swoistość tego zjawiska zbadali i udowodnili Pfeiffer, Issajew, Friedberger, Kolle i Marx. Pierwotne klasyczne doświadczenie Pfeiffera polegało na tem, że świnie morskiej, uodpornionej czynnie przeciw cholery, szczepiono 2 mg-owe uszko zjadliwej hodowli agarowej wibryonów cholerycznych, czyli 10-krotnie dawkę większą ponad śmiertelną, i w płynie z jamy brzusznej zapomocą włoskowatych rurek badano zawartość wibryonów co 20 minut: następowała bakterioliza. Stopniowy rozpad laseczników na ziarenka oraz rozpuszczenie takowych in peritoneo uodpornionych zwierząt zbadał w instytucie Pfeiffera Radziewski na wibryonach cholery, lasecznikach ropy zielonej, duru brzuszego, pneumokokach, paciorkowcach i laseczkach węgliką.

Pfeiffer też był pierwszym, który udowodnił, że w ustroju świńek, uodpornionych czynnie przeciw swoim wibryonom cholery, giną i rozpuszczają się przy powyższem doświadczeniu wyłącznie swoiste przecinkowce cholery, ale nie podlegają temu działaniu inne bakterie, czyli że bakterioliza jest zjawiskiem ściśle swoistem. Swoiste substancje ochronne, posiadające własność rozpuszczania bakterii, zaliczył Pfeiffer do rzędu niweczników („Antikörper“).

Zanim przejdziemy do metodyki wakcynacji i do roli jej zapobiegawczej i leczniczej, musimy zasadniczo zestawić:

1. własności bakteriolizyn,
2. teorię Ehrlicha, Miecznikowa i inn.
- oraz 3. stosunek bakteriolizyn do innych ciał bakterio-zwrotnych, w pierwszym rzędzie do opsonin Wrighta.

*

*

*

Własności bakteryolizyn.

Z badań wielu autorów, zwłaszcza *Wassermann'a* i *Pfeiffer'a*, wynika, że uodpornione czynniki przeciw cholercy świnki morskiej znoszą dobrze dawki wibryonów—wielokrotnie większe ponad dawkę śmiertelną, dzięki nabytej zdolności nagłego rozpuszczania wprowadzonych bakterij do otrzewny. Że zdolność ta jest ściśle bakteryolityczną, lecz nie przeciwjadową (antytoksyczną), wynika z doświadczeń powyższych badaczy i in.

Przebieg rozpuszczania ciał bakteryjnych, czyli t. zw. bakteryolizy najdokładniej był zbadany na wibryonach (mątwikach) cholery i laseczkach duru brzuszego (*Pfeiffer*, *Isajew*, *Kolle* i *Marx*). Doświadczenie odnośne można wykonać w następujący sposób. Świnie morskiej, uodpornionej czynnikiem przeciw cholercy, szczepi się do jamy otrzewny 2 mg. złośliwej hodowli agarowej wibryonów cholerycznych — czyli dawkę 5 do 10 razy większą ponad śmiertelną. Zamiast uodpornionej można użyć do tego celu świnkę normalną i szczepić do otrzewnej z powyższą dawką wibryonów równocześnie określoną ilość surowicy ochronnej cholerycznej. Wyjmując zapomocą szklanej pipetki włoskowatej co pewien czas część zawartości z otrzewnej i badając drobnowidzowo, można zbadać zmiany, jakim podlegają bakterye pod wpływem surowicy ochronnej, mianowicie: ciała bakteryjne utracają ruchy, pęcznieją, rozpadają się na drobne ziarna, podobne do ziarniaków (koków); te ostatnie wciąż stają się mniejszemi i rozpuszczają się ostatecznie, w płynie, jak cukier w wodzie — według porównania *Pfeiffer'a*. Zjawisko bakteryolizy laseczek dżumowych odbywa się znacznie wolniej.

Zjawisko bakteryolizy jest ściśle swoistem! Udowodnił to naocznie *Pfeiffer*: wibryony cholery naprz. rozpuszczają się wyłącznie w zwierzętach, uodpornionych mątwikami cholerycznymi, lub w świnkach po wprowadzeniu ochronnej surowicy cholerycznej; nie podlegają zaś zgoła działaniu takiej surowicy inne odmiany mątwików (wibryonów); i wogóle wszelkie inne bakterye. Jeżeli świnkę uodpornić wibryonami cholerycznymi, a następnie wprowadzić do otrzewnej mieszaninę 2 gatunków—mątwików cholery razem z wibrio „*Nordhafen*”, to bakteryolizie podlegają tylko pierwsze z nich, jak udowodnił *R. Pfeiffer*. I odwrotnie — przy wprowadzeniu takiejże mieszaniny do jamy

otrzewnej zwierząt, uodpornionych uprzednio przeciw wibryonom „Nordhafen“, giną te ostatnie, jakkolwiek posiadają większą zjadliwość od przecinkowców Kocha. Takież same wyniki pod względem swoistości odczynu otrzymuje się przy zaszczepieniu do jamy otrzewnej zwierząt nieuodpornionych surowicy ochronnej razem z bakteriami (uodpornienie bierne).

Swoistość bakteryolizy Pfeiffer charakteryzuje w nast. sposób: „Die Veränderungen, welche das Blut von Meerschweinchen bei der Immunisierung mit den Cholera-bakterien oder den Nordhafenvibrionen erfährt, sind durchaus spezifischer Natur und verleihen nur gegen diejenige Vibrionenart Schutz, mit welcher der Immunisierungsprozess stattgefunden hat, während derartiges Serum allen fremden Bakterien species gegenüber keine andere Wirkung ausübt, wie das Serum normaler Meerschweinchen“.

Ogólne własności bakteryolizyn dadzą się streścić w następujący sposób.

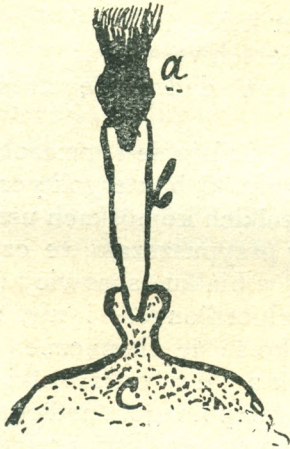
Jakkolwiek w szpiku kostnym, śledzionie i gruczołach limfatycznych wytwarzają się odczynniki bakteryolityczne, mogą się jednak wytwarzać we wszelkich komórkach ustrojowych. Pierwotnie wielu autorów przypuszczało, że czynne swoiste odczynniki znajdują się w białku surowicy (serum albumen) krwi osobników uodpornionych, i uważało własność bakteryobójczą za zjawisko ściśle chemiczne. Jak udowodnili Pfeiffer i Proskauer, odczynniki nie mają z ciałkami białkowymi nic wspólnego, podlegając prawdopodobnie tylko mechanicznemu opadowi przy osadzaniu ciał białkowych; surowica nie traci też na sile po usunięciu zeń nukleoalbumin resp. nuklein.

Również odczynniki nie mają nic wspólnego z albumozami i peptonami, zawartymi w surowicy; to samo można powiedzieć o dialyzujących azotowych i bezazotowych ciałach we krwi (odczynniki te nie przenikają przez błony).

Bakteryolizyny, jak w ogóle wszelkie niweczniki, nie są ciałem pojedynczym, lecz—tak jak i one—składają się z 2 składników, z których jeden nie traci siły przy ogrzewaniu do 56°, jest ciepłostały i swoisty, drugi zaś ginie przy podniesieniu (czyli przy inaktywacji), jest ciepłochwiejny i nieswoisty; wystarczy bowiem do inaktywowanej dodać odpowiednią ilość surowicy normalnych nieodpornych zwierząt, aby ponownie powróciła własność czynna bakteryobójcza (reakty-

wacy surowicy). Pierwszy z tych składników nosi nazwę amboceptora czyli dwóchwytnika, drugi zaś — identyczny z aleksyną Buchnera — komplementu czyli dopełniacza.

Między trzema ciałami — amboceptorem, komórką bakteryjną i komplementem istnieje taki stosunek, że ten ostatni nie wzrasta ilościowo w czasie uodporniania, jego zawartość w surowicy normalnej jak i odpornej jest zupełnie jednakową, posiada on cechy analogiczne z enzymami proteolitycznymi. Pierwszy zaś składnik zwie się amboceptorem, ma bowiem dwie grupy wiążące, z których jedna posiada powinowactwo do komplementu (grupa dopełniaczowa), a druga ściśle swoista do bakterii (grupa komórkochwytna, „cytofilowa“).



Rys. Schemat I.

Na załączonym rysunku szematycznym *a* — oznacza komplement, *b* — amboceptor, *c* — komórkę bakteryjną; według teorii bocznych ogniw (lub łańcuchów) Ehrlicha; *a* nie może być inaczej związane przez *c*, jak tylko za pośrednictwem *b*, czyli amboceptora, który odgrywa rolę pośrednika między czynnym dopełniaczem i bakterią.

Amboceptor sam przez się nie może rozpuścić komórki bakteryjnej bez współdziałania drugiej substancji, znaj-

dującej się w każdym normalnym ustroju — bez komplementu.

Analogiczne zjawisko zachodzi w stosunku diazobenzaldehydu do fenolu i cyanowodoru; te dwa ostatnie związki nie tworzą między sobą żadnych połączeń. W obecności zaś diazobenzaldehydu następuje połączenie wszystkich trzech związków: związek ten odgrywa w tym wypadku rolę amboceptora, który również powoduje połączenie 2 składników — komórki i komplementu — nie oddziałujących na siebie bezpośrednio. Według poglądu Bordet'a, dwóchwytnik uczula bakterię, przez co ułatwionem jest działanie komplementu, i dlatego B. nazywa amboceptor „ciałem uczulającym“ substance sensibilisatrice.

Nolff zaś porównuje działanie pośredniczące amboceptora z zaprawą przed barwieniem.

Ustalonym jest w bakteriologii fakt, że i w normalnej surowicy bakteryobójcza właściwość zależy od lizyny o złożonej budowie, lecz nie polega wyłącznie na działaniu pojedynczej aleksyny. Na mocy doświadczeń z reaktywacją *in vitro* Moxter udowodnił obecność bakteryolitycznych amboceptorów w surowicy normalnej. Stąd — w dalszym rozwoju nauki o odporności — powstało zasadnicze pytanie, jaka istnieje różnica między bakteryobójczymi własnościami surowicy normalnej, a takież w surowicy odpornej?

Różnica między surowicą normalną i odnośną ochronną (Immunserum) polega jedynie tylko na tem, że jeden ze znajdujących się w surowicy normalnej odczynników wzrasta ilościowo wielokrotnie, mianowicie ten, który ma największe powinowactwo względem bakterji, użytych do uodpornienia; wobec czego surowica ochronna w wysokich rozcieńczeniach nabiera własności swoistych odnośnie do tychże bakterji.

Przedstawmy sobie cząsteczkę żywej materji, jako bardzo złożone jądro z licznymi tkwiącemi bocznymi ogniwami, które służą do rozmaitych czynności komórki. Jeżeli obce ciała, naprz. bakterje w postaci wakuiny czyli szczepionki, przenikną do ustroju, to wchodzą one w związek skutkiem powinowactwa z wiążącemi grupami komórek danego ustroju, z t. zw. chwytnikami czyli receptorami, ale przytem na miejsce zużytych chwytników (gdy takowe połączą się z odpowiadającą mu chwytną grupą bakterji obcych) protoplazma pod wpływem doznanego bodźca zaczyna wytwarzać odpowiednie receptory w nadmiernej ilości. Nadmiar wytworzonych bocznych ogniw odpada od cząsteczek żywej materji, przenika do krwi i krąży w niej wolno. Te wolne chwytniki czyli boczne ogniwa inaczej nazywają się przeciwciałami, odczynnikami lub niwecznikami.

W przeciwstawieniu do powyższej, pobieżnie streszczonej teoryi bocznych ogniw Ehrlich'a, według Miecznikow'a — walkę z bakterjami i wogóle z ciałami obcemi ustrój prowadzi zapomocą fagocytów, których odróżnia się dwa rodzaje: makro- i mikro-fagi (t. j. jedno- i wielojądrowe).

Fagocyty chwytają ciała obce i niszczą je w sobie za pomocą fermentów wewnątrzkomórkowych — cytaz (makro- i mikrocytaz), z trudnością wydzielanych nazewnątrz. W przypadkach uszkodzenia fagocytów, ten ferment wydziela się z komórek i przechodzi do płynów ustrojowych — osocza krwi, wysięków i przesieków, które nabierają własności bakterjobójczych (fagoliza).

Przy odporności naturalnej czyli wrodzonej walce przeciw bakterjom i innym ciałom obcym toczą fagocyty przy pomocy cytaz; przy odporności zaś nabytej przez szczepienie, prócz cytaz, działać mogą jeszcze i fermenty pomocnicze, czyli t. zw. fiksatozy (utrwalacze) — fermenty rozpuszczalne, pochodzące też z fagocytów. Sztuczne uodpornienie ma — zdaniem M i e c z n i k o w a — zwiększać ilość fiksatorów, nie wpływając widocznie na cytazy; pierwsze tracą swe własności przy ogrzewaniu do 56°, drugie zaś znoszą bez szkody wyższą ciepłotę. Fiksatory, czyli enzymy pomocnicze, są ściśle swoiste, t. j. działają na te tylko bakterye, pod których wpływem zostały wytworzone. Fiksator tylko w połączeniu z cytazą posiada własności silnie bakteryobójcze. Fiksator M i e c z n i k o w a odpowiada amboceptorowi E h r l i c h 'a, a cytaza pierwszego nosi nazwę dopełniacza lub komplementu w teorii drugiego.

Sprowadzając zjawiska odpornościowe do procesów katalitycznych, Wacław M u t t e r m i l c h w r. 1905 spotrządził analogię między autokatalizą a stanem odporności, jako spotęgowaniem normalnej własności żywego ustroju. Jak przez szczepienie bakteryami lub krwinkami odporność wzrasta stopniowo, tak również bywa i w zjawisku autokatalizy: ciało, przyspieszające reakcyę, wytwarza się w przebiegu tej ostatniej, a ilość autokatalizatora czyli przeciwciała, przyspieszającego daną reakcyę, postępuje z wciąż wzrastającą szybkością, dochodząc wreszcie do swego maximum, poczem zaczyna słabnąć z powodu zużycia się ciał reagujących. W niweczniku istnieją składniki, pochodzące z obu wzajemnie oddziaływających czynników, t. j. z ustroju i z wprowadzonego ciała, jak analogicznie ma to miejsce przy reakcyi działania wody na kwas etylo-siarczany; powstający bowiem przytem autokatalizator (kwas siarczany) zbudowany jest z elementów, pobranych części od kwasu etylo-siarczanego, części od wody.

Z innych hipotez wspomnieć tu trzeba o pierwotnym poglądzie G r u b e r a, który utożsamiał bakteryolizynę

z aglutyninami: jak udowodnili jednak Pfeiffer i Kolle, nie istnieje żaden związek między zdolnością zlepną a właściwością bakteryobójczą. Bywają surowice normalne, jakoteż i ochronne, które mogą posiadać tylko jedną z tych cech. Pomimo oczywistych faktów, przeczących poglądom Grubera, jedynie Baumgarten do obecnej chwili utożsamia zlepi (aglutyninę) ze złożoną bakteryolizyną (= amboceptor + komplement).

Działanie odczynników uważają Emmerich i Löw za właściwość enzymatyczną, zaczynową, ale przytem odnośne enzymy nie wytwarzają się w ustroju, lecz pochodzą z samych bakteryi. Zdaniem tych badaczy, w starych hodowlach odbywają się także przeistoczenia ciał bakteryjnych, jakie spostrzega się w jamie otrzewnej uodpornionych świnek morskich; zmiany te powszechnie uważane są za skutek wyczerpania się pożywki, autorzy zaś powyżsi przypisują je działaniu enzymów, wydzielanych przez bakterye, i nazwanych przez nich „nukleazami“ (pyocyanaza o ile pochodzi od bac. pyocyanei, „diphtheraza“ od bac. diphtheriae i t. d.).

Istniały przez pewien czas jeszcze inne hipotezy, mające objaśniać bakteryobójcze działanie surowicy krwi, jak naprz. wzmożona zasadowość, zmiany w napięciu osmotycznym surowicy (teorya asymilacyjna Baumgarten'a) i in.

*

*

*

Uważałem za konieczne przytoczyć w krótkości powyższe teorye i hipotezy, aby dokładniej można było zrozumieć stosunek komplementów i amboceptorów do opsonin (czyli t. zw. — według mianownictwa Eisensberg'a — przysposabiaczy“), wreszcie stosunek między normalnemi a swoistem przysposabiaczami, co stanowi podwalinę wakcy-noterapii w myśl teoryi Wright'a).

Już wyżej wspomniano, że białe ciała krwi mogą odgrywać ważną rolę w sprawie odporności ustroju — dzięki temu, że pochłaniają bakterye i niszczą je. Odróżnia się przytem zjawisko fagocytozy samoistnej od indukcyjnej: przez pierwsze określenie rozumieć należy zjawisko pożerania przez leukocyty bakteryi, nie podlegających uprzednio działaniu krwi i wchodzących w styczność z leukocytami w pewnem środowisku obojętnem, naprz. w fizyologicznym

roztworze soli kuchennej. Według tego określenia, fagocytoza samoistna odbywa się wolno, białe ciała pochłaniają nieznaczoną ilość bakterii, a samo zjawisko pochłaniania odbywa się nierównomiernie w różnych leukocytach wielojądrowych — w jednych więcej, w drugich mniej. Pochłanianie bakterii może być przytem powstrzymane przez nadmierne nasycenie roztworu, jak naprz. NaCl powyżej 1% odnośnie do laseczników gruźliczych.

Różni się od powyższej fagocytoza „indukcyjna“; ma ona miejsce wówczas, gdy leukocyty wchodzą w zetknięcie z takimi bakteriami, które znajdowały lub znajdują się pod działaniem surowicy krwi: fagocytoza w takich przypadkach odbywa się szybko, działanie poszczególnych leukocytów równomierne, pożeranie odbywać się ma aż do nasycenia leukocytów, o ile bakterii jest dużo, i na zjawisko to koncentracja płynu wpływa w znacznie mniejszym stopniu, niż przy fagocytozie samoistnej.

Surowica krwi ludzkiej różni się znacznie od pożywek stosowanych do hodowania bakterii przez to, że w surowicy — prócz odżywczych substancji — istnieją też ciała przeciwbakteryjne. Ciała te są bakteriozwrótne (bacteriotrop), dążą bowiem do ciał bakteryjnych i wchodzą z nimi w pewien związek, częstokroć objawiający się w ten sposób, że albo bakteria podlega zabiciu bez rozpuszczenia, albo też równoczesnemu zabiciu i rozpuszczeniu. Działanie pierwsze nazywa się bakteriobójczem, drugie bakteriolitycznym. Mogą też bakterie pod wpływem surowicy podlegać i takim zmianom, że skleją się i dają opad w obecności soli (aglutynacja) lub — że łatwiej zostają pochłonięte przez fagocyty — działanie opsoniczne, przysposabiające.

Stąd Wright wnioskuje, że w surowicy krwi — prócz bakteriocydyn (ciał bakteriobójczych) i bakteriolizyn (ciał rozpuszczających bakterie), zawarte są także aglutyniny (ciała zlepiające bakterie) i opsoniny (ciała przysposabiające bakterie do wchłonięcia przez leukocyty). Z tych czterech rodzajów ciał bakteriozwrótnych Wright przypisuje bodaj najważniejsze znaczenie opsoninom, których działanie można ściśle obliczać ilościowo, zarówno w kierunku wzmożenia, jak i zmniejszenia. Wzrost jak i spadek opsonicznej siły surowicy można określić przez porównanie induk. fagocytozy krwi badanej osobnika

chorego z taką fagocytozą krwi prawidłowej. Porównanie to czyli stosunek wskaźników fagocytozy nazywamy wskaźnikiem przysposobnym, opsonicznym (*index opsonicus*).

Nad stosunkiem opsonin do amboceptorów i komplementów pracowało w ostatnich czasach niemało badaczy, że wspomnę tu następujących: Muir i Martin, Cowe i Chapin, Neufeld, Ruediger, Davis i wielu in. Dwaj ostatni stwierdzili obecność opsonin w surowicy wielu zwierząt i przekonali się, że ciała te giną przy półgodzinnem ogrzewaniu surowicy do 56°, czyli przy t. zw. unieczynnieniu (inaktywacji); opsoniny zachowują się więc tak samo jak komplement, o czym przekonali się też Muir i Martin, Haentjens i in. Z nowych badaczy jedni, jak Fornet, uważają opsoniny za ciała różniące się zarówno od komplementu, jak od amboceptora, pomimo obecności dwóch składników — ciepłostalego i ciepłochwiejnego; inni zaś, jak Neufeld i Levaditi, utożsamiają normalne opsoniny, t. j. zawarte w surowicy normalnej, z amboceptorem i komplementem.

Szczegółowiej sprawy te wyłożone są w rozdz. II m o opsoninach normalnych i swoistych, czyli t. zw. „bakteriotropinach“.

ROZDZIAŁ II.

Opsoniny normalne i swoiste.

TREŚĆ: Stosunek przysposabiacza do dopełniacza i dwóchwytnika. Stosunek normalnych do przysposabiaczy swoistych. Bakteriotropiny Neufelda i różnica między nimi a innymi ciałami bakteryozwrotnymi.

Pierwszy Wright zwrócił uwagę na ścisły związek, jaki zachodzi między przysposabiaczami a dopełniaczami. W doświadczeniach Levaditi'ego Inmann'a i Koesler'a łączność między nimi znalazła potwierdzenie. Surowica traci swą zdolność przysposobną przy 10-minutowem ogrzewaniu do 60° (inaktywacji) lub dłuższem przecho-

wywaniu, czyli przy warunkach, przy jakich ginie też komplement. Ten ostatni traci siłę (czyli następuje t. zw. adsorbcyja dopełniacza) przy zmieszaniu bakteryi ze świeżą surowicą krwi, ale przy takich samych warunkach ginie też zdolność przysposobna surowicy; o czem przekonał się *Levadi*, mieszając z surowicą królików bakterye czerwone, durowe bądź gronkowce. Pochłanianie dopełniacza przez zawiesiny narządów z komórkami lub rozpadem takich znajduje równoważnik w pochłanianiu też normalnych opsonin przy identycznych warunkach.

Stwierdzono brak lub prawie brak bakteryolitycznego dopełniacza w cieczy wodnej, otrzymanej z pierwszego nakłucia przedniej komory ocznej królika. Płyn ten w równej mierze nie zawiera opsonin (wskaźnik przysposobny względem laseczników durowych = 0.02, a względem gronkowców = 0). Płyn wodnisty, zbierający się w ciągu 2—3 godzin po tem nakłuciu, posiada niezawsze jednakową wartość dopełniaczową, ale stale idącą w parze z własnością przysposobną. Prócz cieczy wodnej, zauważono i w płynie puchlinowym równorzędny brak obydwóch własności, o ile niema tam domieszki krwi.

Opierając się na wielu badaniach powyższych i innych autorów, można wyprowadzić wniosek, że zdolność przysposobna świeżej surowicy jest ściśle związana z dopełniaczem (komplementem) i nie przedstawia — jak udowodnia *Wright* i jego szkoła — zupełnie nowej, samoistnej własności: opsoniny normalne znajdują się w ścisłym związku z czynnikiem dopełniaczowym surowicy, i niema możności odosobnić opsonin od komplementów. Zdaniem *Levadi*'ego, wszystko raczej przemawia za identycznością pierwszych z aleksyną: obie mają jednakowo złożoną budowę i składają się z dopełniacza i normalnego dwuchwytnika.

Wahania, jakim podlega dopełniacz przy różnych warunkach, w równy lub zbliżony sposób odbija się i na przysposobiaczcu. Tak naprz. zmniejszenie siły przysposobnej surowicy po usunięciu tarczycy i gruczołów przytarczowych u zwierząt postępuje równolegle z upośledzeniem dopełniacza hemolitycznego; również odwrotnie — zwiększenie tego ostatniego idzie w parze z wzmożoną własnością przysposobną surowicy na skutek stosowania pewnych wyciągów z narządów (*Fassin*). Utracie dopełniacza u zwierząt w krańcowych okresach przed śmiercią przy

pewnych zakażeniach towarzyszy też zanik zdolności przysposobnych (Hartoch i Jakimow).

Że opsoniny posiadają budowę złożoną i że własność przysposobna zależy od współdziałania komplementu i amboceptora, świadczą o tem też doświadczenia z odchyleniem komplementu przy niższych temperaturach oraz z reaktywacją. Mianowicie, jak wiadomo z badań Ehrlich'a i Morgenth'a, możliwem jest oddzielenie dopełniacza od dwuchwytnika przy połączeniu surowicy z odnośnemi czerwonymi krążkami krwi przy niskiej ciepłocie = 0°; przy takich warunkach z krwinkami wiąże się tylko dwuchwytnik bez dopełniacza, i wskutek tego nie może nastąpić hemoliza. Takież bieg doświadczeń zastosowali Cowe i Chapin do zbadania własności przysposobnych w surowicach normalnych: mieszając zawiesinę żółtych gronkowców z surowicą przy niskiej t° = 0°, spostrzegli, że bakterye wiążą dwuchwytniki, ale opsoniny normalne pozostają prawie nie związane. To samo można powiedzieć o bakteryach grupy paratyfusowej przy 0° — jak udowodnił Meyer.

Można wzmocnić w znacznym stopniu własność przysposobną świeżej surowicy, dodając unieczynionnej, a więc pozbawionej komplementu świeżej surowicy: normalna krew ludzka przy ogrzewaniu do 56°—60° traci prawie zupełnie swą zdolność opsoniczną, ale dla jej reaktywacji wystarczy dodać rozcieńczonej 1/15 świeżej surowicy, która sama przez się posiada nader słabe własności przysposobne. Zmieszanie te ostatnie przewyższają wybitnie zdolność każdej z osobna (Cowe i Chapin).

Tak więc — zgodnie z poglądem Levaditi'ego — można z przytoczonych i innych spostrzeżeń wyciągnąć następujące wnioski. Jest faktem ustalonym lub przynajmniej bardzo prawdopodobnym, że własność pochłonna normalnej surowicy polega na współdziałaniu dwóch czynników, identycznych lub przynajmniej analogicznych z normalnym dopełniaczem i dwuchwytnikiem. Z tych dwóch czynniejszych jest pierwszy, t. j. komplement, równocześnie bowiem z utratą takowego przy ogrzewaniu surowicy do 56° ginie i właściwość przysposobna. Rola drugiego, czyli amboceptora, ogranicza się do pośredniczenia między przysposobnym dopełniaczem a bakteryami.

Jak wiadomo z badań znanych powszechnie (Miecznikow, Dengs, Louvain, Sawczenko), powo-

duje pożeranie komórkowe czyli fagocytozę surowica zwierząt, szczepionych różnymi gatunkami drobnoustrojów lub obcemi krwinkami, przyczem niezbędna jest obecność normalnych leukocytów oraz bakteryi lub komórek użytych do szczepień. Własność tę zawdzięcza surowica swoistym opsoninom, których obecność można stwierdzić w surowicy osobników, szczepionych różnorodnemi bakteryami, jakoto paciorkowce ropne (streptococci) i lancetowate (pneumococci), mątwiki cholery (vibrio cholerae asiaticae) i paracholery, bakterye durowe (b. typhi abdom.) wrzekomodurowe (paratyphi) i czerwonkowe (b. dysenteriae), maczugowce błonicze i rzekomobłonicze (corynebacterium diphtheriae et pseudodiphthericum), grzybkowce gruźlicze (mycobacterium tuberculosis) i t. d. Działanie tak otrzymanych surowic jest ściśle swoistem, t. j. przysposabia do fagocytozy, pochłonięcia przez leukocyty tylko te bakterye, które były użyte do szczepień. Wyjątek jednak mogą stanowić bakterye, należące do tejże grupy: naprzykład, surowica przysposabiająca bakterye durowe, może też oddziaływać na rzekomodurowe. Wyjątki te odnoszą się w równej mierze i do aglutynin (t. zw. reakcyje grupowe); nie przemawiają one zgoła przeciw swoistości odczynu przysposobnego, lecz raczej potwierdzają takowy. Badania, podjęte w tym kierunku przez Levaditi'ego i Suman'a o oraz innych doprowadziły autorów do następujących wniosków:

Własność przysposobna surowic swoistych różni się wybitnie od takiejże zdolności surowic normalnych: 1-o pierwsze oddziaływają swoiście tylko na gatunki homologiczne, t. j. na te, które były użyte do szczepień, podczas gdy drugie działają na różne gatunki bakteryi, 2-o opsoniny swoiste są ciepłostale, nie giną przy ogrzewaniu do 60°, lecz tylko nieco tracą na sile, podczas gdy normalne są ciepłochwienne.

Ciała przysposobne (czyli opsoniny) różnią się od zlepników (aglutynin): istnieją surowice, działające silnie przysposobnie, lecz posiadające tylko słabe działania zlepne, i odwrotnie; doświadczenia reaktywacyi (Hektone) dowodzą, że osłabione przez ogrzewanie opsoniny swoiste można uczynić na nowo przez mały dodatek świeżej normal-

1) Mianownictwo według Eisenberga.

nej surowicy, podczas gdy także doświadczenie z aglutyninami dają wynik ujemny. Dea n udowodnił, że wskaźnik przysposobny skutkiem reaktywacji wzrasta wysoko i znacznie przekracza sumę obydwóch wskaźników; naprz. w jednym z doświadczeń jego wskaźnik surowicy swoistej (innego królika, uodpornionego gronkowcami) i ogrzewanej w ciągu 20 minut przy $60^{\circ}=7.1$; a surowica swoista (1 cz.) z dodatkiem poprzedniej normalnej surowicy (4 cz.) miała wskaźnik 33,0!

surowica normalna	= 11,9
oslab. przez ogrzew. surowica ochronna	= 7.1
surow. ochr. (1 cz.) + surow. norm. (4 cz.)	= 33.0

Jak dowodzą różne badania (Hektoen, Böhm i in.), surowice zwierząt szczepionych zawdzięczają swoje działanie swoiste przysposobne dwom czynnikom: jeden z nich jest ciepłochwiejny i ginie przy takiej samej temperaturze, przy jakiej traci siłę komplement (56° — 60° C.), a drugi zachowuje się jak dwuchwytnik, ale niewiadomo dotychczas, czy jest z nim jednoznaczny. Jedni badacze (jak Miecznikow, Sawczenko, Pektöen, Levaditi i in.), przemawiają za identycznością swoistej opsoniny z amboceptorem, inni—a w pierwszym rzędzie między nimi Neufeld — odróżniają je zasadniczo.

Ten ostatni, jak wspominaliśmy powyżej (koniec rozdz. I) utożsamia z dwuchwytnikiem i dopełniaczem t. zw. normalne opsoniny, ale odróżnia od nich swoiste. Zanim przejdziemy do teorii bakteryotropin Neufeld'a, wprzód streścić dla całokształtu pragnę wyniki doświadczeń Mutermilcha i Sleeswijk'a.

Mutermilch starał się wyjaśnić istotę opsonindrogą przesączania surowic przez kolodyonowe woreczki, wychodząc z tego znanego założenia, że dopełniacz nie może przenikać przez nie, podczas gdy dwuchwytnik przechodzi bez trudności. Dla otrzymania norm opsonin brał świeże surowice nieszczepionych świnek morskich, a dla swoistych—surowicę świnek, uodpornionych bakteriami durowemi. Jedną jak drugą surowicę przesuwiał pod ciśnieniem 40—50 mm. rtęci przez kolodyonowe woreczki, wyjałowione przy 115° C: W pierwszym doświadczeniu M. otrzymał następujące wyniki.

Wskaźnik ops. świeżej surowicy norm. świnki przed przesączeniem	1.02
Wskaźnik ops. świeżej tejże surowicy przesączonej	0.11
Wskaźnik ops. świeżej tejże surowicy ogrzanej do 65° przed przesączeniem	0.12
Wskaźnik ops. świeżej tejże surowicy ogrzanej do 65° i przesączonej	0.10
W drugim doświadczeniu odnośne cyfry = 0.47, 0.03, 0.02 i 0.	

Stąd wniosek, że — na wzór aleksyny — opsoniny normalne nie przenikają przez woreczki kolodjonowe, wskaźnik bowiem przesączonych surowic stale bywał niższym od wskaźnika tychże surowic przed ich przesączaniem i prawie równał się wskaźnikowi unieczynnionej surowicy, pozbawionej komplementu. Następne doświadczenia nad opsoninami swoistymi polegały na następującem i dały takie wyniki:

DOŚWIADCZENIE I.

Wskaźnik świeżej surowicy przed przesączaniem . . .	0.3
„ „ „ po przesączeniu	4.2
„ „ „ inakt., ale nieprzesączonej	2.3

DOŚWIADCZENIE II.

Wskaźnik świeżej surowicy przed przesączaniem . . .	0.33
„ tejże „ po przesączeniu	1.82
„ „ „ przesączonej i później inakt.	2.0
„ „ „ inaktyw. przed przesączen.	1.4
„ „ „ inaktyw. i przesączonej . . .	2.2

DOŚWIADCZENIE III.

Wskaźnik surowicy, inakt. przed przesączeniem . . .	4.5
„ „ inaktyw. i przesączonej	5.4

DOŚWIADCZENIE IV.

Wskaźnik świeżej surowicy przed przesączeniem . . .	0.28
„ „ tejże „ po przesączeniu	6.0
„ „ „ przesączon. i później inakt.	6.5
„ „ „ inaktyw., ale nieprzesącz.	5.13

II.

Znaczenie i wartość odczynu Wassermanna ze szczególnem uwzględnieniem wskazań lecniczych.

(Referat na Zjeździe Lek. i Przyrodn. Polskich w Krakowie).

Zestawił

Dr. Feliks Malinowski.

Serodyagnostyka przymiotu, pomimo pięcioletniego zaledwie istnienia, zdążyła już wzbudzić olbrzymie zainteresowanie nie tylko wśród lekarzy—specjalistów, lecz i wśród praktyków, a nawet laików.

Zainteresowanie to jest zupełnie zrozumiałe ze względu na olbrzymie rozprzestrzenienie się syfilisu i niszczące jego działanie na ustrój z jednej strony, a często mało charakterystyczne objawy choroby lub brak ich z drugiej. To też serodyagnostyka przymiotu posiada już olbrzymią literaturę, obejmującą przeszło tysiąc prac, pomiędzy którymi znajdziemy sporo polskich, że przytoczę, trzymając się m. w. chronologicznego porządku: Malinowskiego, Modrzewskiego i Reizego, Karwackiego, Wojciechowskiego, Wernica, Jaworskiego i Lapińskiego Feuersteina Stopczńskiego, Eisenberga, Mutermilcha Stefana i Stanisława, Springera, Serkowskiego, Goldmanna, Lenartowicza i Potrzebowski, Jastrzębskiego, i Rosenberga.

Pochop i zachęta do serodyagnostycznych badań w przymiocie dały doświadczenia francuskich badaczy Bordeta

i Gengou'a. Wykazywali oni w surowicy krwi pewne swoiste ciała t. zw. niweczniki zapomocą odchylenia dopełniacza t. j. zahamowania hemolizy.

W r. 1906 Wassermann, Neisser i Bruck ogłosili, iż za pomocą powyższej metody można w surowicy małp, zakażonych kiłą, wykryć swoisty amboceptor, używając, jako antygenu, wodnego wyciągu z narządów, zawierających obfitą ilość krętków białych. Badania Detrego, a następnie Wassermanna, Neissera, Brucka i Schuchta stwierdziły, iż również surowica ludzi kiłowych wiąże dopełniacza z wyciągiem luetycznym.

Nadto Wassermann, Plaut, Marie Levaditi i inni dowiedli, iż surowica krwi i płyn mózgo-rdzeniowy paralityków i tabetyków posiada także same własności. Okazało się jednak, iż również wyciąg wyskokowy, a nawet nietylko wyciągi z narządów luetycznych, lecz i zdrowych, nietylko ludzkich, ale i zwierzęcych, co więcej nawet ciała i związki nieorganiczne, mogą służyć jako antygen w odczynie Wassermanna. Możliwość stosowania wyciągów normalnych (a nie luetycznych) dokonała przewrotu w poglądach na istotę tego odczynu.

Przestał on być uważany za swoistą reakcję odpornościową.

Niektórzy autowie przypuszczają, iż w odczynie Wassermanna dopełniacz ulega wiązaniu dzięki połączeniu, jakie ma miejsce między lipidami, a pewnymi związkami koloidalnymi, znajdującymi się w surowicy luetycznej, gdyż jak stwierdzili Wassermann i Citron, Landsteiner i Stankowitz, Seligmann i inni, połączenie dwóch koloidów nawet bez precypitacji, może wiązać dopełniacza. Stefan Mutermilch starał się dowieść, iż substancje; działające w odczynie Wassermanna, nie mogą być przyjmowane za niweczniki, stwierdził on, iż hemolizyny i wogóle swoiste niweczniki posiadają własność przesączania przez kolodyum, podczas gdy surowice luetyczne i płyny mózgordzeniowe parasyfilityków, po przesączeniu przez woreczki kolodyonowe, tracą własność dawania odczynu Wassermanna.

Zapomocą tej metody przesączania, Mutermilch oddzielił z surowicy królików, zakażonych świdrowcami, istotne niweczniki: przeszły one do przesączu, podczas gdy substancja nieswoista, pozostała w woreczku kolodyonowym, wiązała dopełniacza z wyciągiem luetycznym t. j. dawała odczyn Wassermanna. To też teoria o działaniu w tej próbie

niweczników nieswoistych, komórkowych, ma coraz mniej zwolenników.

Przypuszczają, iż w odczynie Wassermanna odgrywa rolę wzmożona zawartość w surowicy krwi—globulin, gdyż przy dyalizie jej wraz z globulinami wypadają w osadzie ciała czynne, dające odczyn Wassermanna. Podają również, iż wzmożona lub zmniejszona zawartość lecytyny wpływa do pewnego stopnia na wynik tego odczynu.

Manwaring wypowiada przypuszczenie, iż odczyn Wassermanna polega na wzmożeniu działania zaczynu autolitycznego, zawierającego się prawdopodobnie w surowicy świnki morskiej i rozkładającego zawarty w niej dopełniacz.

Wzmożenie działania tego zaczynu następuje dzięki obecności w surowicy luetycznej, jak i w wyciągu luetycznym, ciał, posiadających charakterkofermentów albo stimulatorów t. j. związków, uruchamiających zaczyny.

Inaczej objaśnia sobie odczyn Wassermanna Liefmann, opierając się da badaniach Ferrary, który dowiódł, iż komplement składa się z dwóch części, mogących być rozdzielonymi zapomocą dyalizy: część nie rozpuszczająca się w czystej wodzie składa się z globulin, a w roztworze pozostają się ciała białkowe i lipoidy. W odczynie Wassermanna przedewszystkiem następuje strącenie globulin surowicy oraz części globulinowej dopełniacza. Rozkład dopełniacza uniemożliwia hemolizę czerwonych krążków krwi. Nadto na przebieg hemolizy musi wpływać strącony wraz z globulinami normalny amboceptor króliczy względem erytocytoów baranich. Strącanie zaś zostaje wywołane przez związki zawarte w antygenie: lecytynę, sole kwasów żółciowych, mydła.

Istnieją jeszcze i inne teorye, które interesujący się tą sprawą znajdą w książce Levaditiego, wyłożone przez Müllera.

Widzimy więc, iż podstawy teoretyczne odczynu Wassermanna nie są jeszcze zupełnie wyświetlone i o istocie jego nic jeszcze pewnego nie wiemy.

Skutkiem nieznamomości teoretycznych podstaw odczynu Wassermanna o wartości i znaczeniu jego możemy sądzić tylko na mocy doświadczenia.

Przedewszystkiem należy rostrząsnąć zapytanie, czy odczyn Wassermanna jest swoisty dla syfilisy.

W tym względzie najlepszą odpowiedź znajdziemy w danych statystycznych.

Według statystyki, zebranej przez Brucka do końca roku ubiegłego na 5028 surowic krwi, wziętych od ludzi normalnych dla kontroli, tylko 59 dało odczyn dodatni. A i wartość tej liczby 59 jest nader wątpliwa.

Przedewszystkiem w praktyce zakażenie syfilisem może być przeoczone i często dopiero rozbiór pośmiertny zwłok wskazuje ślady przebytego przymiotu.

Według Fourniera 10% cierpiących na trzeciorzędowe objawy nie wiedziało nic o swej chorobie, według Lassara było takich aż 30%, według Webera 44,9% mężczyzn i 68% kobiet, według Vianay'a aż 52%.

W powyższej więc zebranej liczbie 59 pozornie zdrowych osób, a reagujących dodatnio, mogli być i chorzy.

Niektóre z pomieszczonych w powyższej statystyce przypadki znajdowały się w stanie bardzo ciężkim, prawie w agonii, a jak wykazały badania Ponfika, Winklera i in. surowica zmarłych często bardzo daje odczyn dodatni.

Pozatem należy zwrócić uwagę, iż po narkozie znajdowano przemijający odczyn dodatni.

Rozpoznawczą wartość odczynu Wassermanna dla przymiotu znacznie chwilowo obniżyły doniesienia Mucha i Eichelberga, którzy w 40% surowic osób chorych na płonicę znaleźli zatrzymanie hemolizy.

Taką samą reakcyę otrzymali Jaworski i Łapiński w 3 przypadkach na 6.

Jednak inni badacze jak Schleissner w 20 przypadkach płonicy, Jochmann i Töpfer w 33, Meier w 52, Höhne w 37. nie znaleźli tego odczynu ani razu, a Boas i Hauge na 61 przypadków tylko raz szybko przemijające nieznaczne zatrzymanie hemolizy. Co więcej ciż sami Mucha i Eichelberg przy dalszych badaniach nad surowicą chorych płonicznych przekonali się o szybkim przemijaniu dodatniego odczynu, a Zeissler w badaniach pod kierunkiem Mucha na 42 przypadki płonicy tylko w 3 znalazł odczyn dodatni. Seligmann i Klopszток przypuszczają, iż wynik Mucha i Eichelberga można objaśnić na mocy ich własnych doświadczeń: działając jednym i tym samym wyciągiem luetycznym u 13 chorych płonicznych, początkowo otrzymali u nich odczyn ujemny, a po pewnym przeciągu czasu dodatni.

Tenże jednak wyciąg począł dawać i z normalnemi surowicami odczyn dodatni, czyli był zepsuty.

Również badania Halberstädter'a, Müllera i Reicha wskazują, iż niekiedy jeden wyciąg luetyczny może dawać

z surowicą płoniczą przejściowo odczyn Wassermanna ujemny. Zważyć jednak należy, że przy płonicy, nie robiąc nawet dla kontroli doświadczeń z różnymi wyciągami, otrzymujemy odczyn dodatni tylko przejściowo.

Przy zimnicy Böhm na 46 przypadków znalazł odczyn dodatni w 16 t. j. 35 5%. Jaworski i Łapiński w jednym przypadku, Reinhart 3 razy, Baermann i Wetter znaleźli podczas ataku u nieleczonych 15 razy dodatni i 31 razy ujemny, u leczonych zaś 1 raz dodatni i 7 razy ujemny; po ataku zaś u leczonych 3 razy dodatni i 18 razy ujemny u leczonych 1 dodatni i 32 ujemny. Z pomiędzy 20 dodatnio reagujących przypadków już po 2—5 dniach u 11 odczyn dodatni przeszedł w ujemny, jednak w 9 przypadkach odczyn pozostał nadal dodatnim.

Według Schao odczyn dodatni u chorych na zimnicę występował tylko podczas wyraźnych objawów choroby.

Inaczej nieco sprawę odczynu Wassermanna przedstawiają De Blasi i Tszknawarow, którzy nie znaleźli u badanych przez nich chorych na zimnicę dodatniego odczynu. Fronga ten dodatni odczyn objaśnia zdolnością surowic malarycznych wiązania silnie dopełniacza bez wyciągu luetycznego.

Przy *recurrens* Korschun i Leibfreid znaleźli odczyn dodatni w 28 przypadkach, a ujemny w 22. Należy jednak dodać, iż te surowice reagowały dodatnio z wyciągiem z wątroby tyfusu powrotnego 26 razy, a tylko 1 raz ujemnie.

U osób, które przeszły leczenie przeciw wścieklicznie Cumming i Smithies znajdowali odczyn dodatni.

Przy toczniu rumieniowym znaleźli Reinhardt, Hauck, Zumbusch i Feuerstein po jednym przypadku z dodatnim odczynem. Hauck i Feuerstein zauważyli, iż u ich chorych podczas poprawy odczyn dodatni przeszedł w ujemny.

Często spostrzegano dodatni odczyn Wassermanna w chorobach, które u nas nie spotykają się wcale, lub tylko w niewielu miejscowościach, jak framboesia, trypanosomiasis i trąd.

Przy framboesia spostrzegali bardzo często dodatni odczyn Wassermanna, Baermann i Wetter, Hoffmann, Blumental, Bruck i inni. Jest to choroba bardzo zbliżona do kiły, jak również krętek ją wywołujący *spirochaete pertenuis* (Castellani) nadzwyczaj zbliżony do *spirochaete pallida*. Przy trypanosomiasis występowało zatrzymanie hemolizy

według badań Schilinga i Meiera, a również Landsteinerja, Müllera, Pötzla, Levaditi, Mutermilcha i innych.

U trędowatych znajdowało bardzo wielu badaczy odczyn dodatni: Eitner, Wassermann, Bruck, Wechselmann, Meier, Grancher, Almquist i t. d.

Zarazem dodam, iż surowice trędowatych reagują według Eitnera, Wechselmanna i Meiera także z wyciągiem normalnym, i że dodatnio reagujące surowice trędowatych w takiż sam sposób się zachowują po dodaniu tuberkuliny.

Z powyższego wynika, iż wyłączając surowice, wzięte podczas ciężkich gorączkowych ogólnych cierpień, wprost przed agonią, zaraz po narkozie, jak również surowice osób, cierpiących na choroby u nas nieznanne lub spotykające się tylko w pewnych miejscowościach, jak również surowice ze słabym odczynem, wszystkie inne, dające dodatni odczyn, możemy przyjąć z bardzo wielkim prawdopodobieństwem za syfilityczne.

Wobec tego należy sobie uprzytomnić, jak wielkie rozpoznawcze znaczenie posiada ten odczyn ze względu na przebieg kiły, która ma okresy zupełnego utajenia t. j. brak objawów klinicznych, może zarazem oddziaływać na każdy narząd ustroju, a oddziaływanie to często wyraża się w postaci nie posiadającej nic charakterystycznego.

Ze względu na olbrzymie rozprzestrzenienie się kiły we wszelkich, nasuwających pewne podejrzenia i wątpliwości przypadkach, czy to skórnych, czy wewnętrznych, nerwowych chirurgicznych, ocznych, ginekologicznych i t. d., należy przedewszystkiem wykonać odczyn Wassermanna, pamiętając jednak, że wskazuje on tylko, iż dany osobnik jest zakażony luesem, a nie, iż dany objaw bezwarunkowo jest luetycznego pochodzenia.

Odczyn Wassermanna wyjaśnił nam zarazem wiele ciemnych i fałszywie pojmywanych spraw. Dowiódł, iż w małżeństwie ojciec przenosi chorobę nie wprost na dziecko, lecz zaraża matkę, która rodzi znów chore dzieci, że pozornie zdrowe matki chorych dzieci, są również chore, że wiele pozornie zdrowych dzieci kilowatych rodziców są również zarażone kiłą. Stąd praktyczne wskazówki, że należy takie matki i dzieci leczyć. Również przy zawieraniu małżeństw, wyborze mamek, nianieek i wogóle służby domowej, odczyn ten może nam dać nieocenione wyniki.

Należy jednak pamiętać, iż charakterystyczne objawy były są pewniejszym dowodem jej obecności i że kliniczne zaznajomienie się z jej objawami i ewentualnie odpowiednie zbadanie chorego nie powinno być nigdy zaniedbywane.

Należy teraz rozstrzygnąć pytanie, czy wprost przeciwny wynik próby Wassermanna, t. j. odczyn ujemny wyklucza obecność jadu syfilitycznego.

W tym celu przejrzymy choć pobieżnie tak liczną statystykę w każdym z 3 okresów syfilisu, a także w cierpieniach parasyfilitycznych.

W pierwszorzędnym okresie otrzymali:

Dodatni odczyn Wassermanna:

Arning	60%
Bering	84%
Blaschko-Citron	90%
Bruck Stern	48,2%
Boas	60%
Detre-Brezowski	43% i 95,5%
Ledermann	52,6 – 65,2%
Feuerstein	63,6%
Lesser	69%
Levaditi	46%
Malinowski	60%
Marcus	63%
Meier	68%
Merz	71,6%
Modrzewski i Reize	83%
Springer	62%
Stopczański	50%
Rosenberg	76,5%
Wojciechowski	66%

Przedewszystkiem rzuca się w oczy ogromna rozbieżność w wynikach nawet u tych samych autorów w doniesieniach z różnych czasów. Różnica ta zależy przedewszystkiem od czasu, w którym była brana krew do odczynu. Wiemy z doświadczalnych badań Neissera na małpach, iż odczyn dodatni występował już często w 3 lub 4 tygodnie po zakażeniu i nawet często przed zjawieniem się pierwotnego objawu. U ludzi Bruhns i Halberstädter zauważyli najczęściej występowanie dodatniego odczynu na 16 dni przed zjawieniem się pierwszej wysypki. Fleischmann zanotował najwcześniejsze występowanie odczynu W. w 10 dni po uka-

zaniu się pierwszego owrzodzenia. Ledermann w 6 tygodni, a Mauriac w 4—5 tygodni po zarażeniu.

Levaditi najwcześniejsze występowanie odczynu Wassermann'a zauważył w 8—15 dni po wystąpieniu pierwszego owrzodzenia w 33%, w 15—30 dni już w 57%. Fischer w 5—6 tygodni po zakażeniu dostrzegł odczyn dodatni w 27,3% w 7—8 tygodni 75%, a w 9—10 tygodni już 80,8%. Blumental w 3—5 tygodni 25%, a w 6—8 tygodni 59%. Czyli, że u ludzi odczyn dodatni występuje m. w. w 6 tygodni po zakażeniu, gdy nastąpiło już rozprzestrzenienie się jadu. Jako wyjątki można przytoczyć przypadki Lessera, gdzie dodatni odczyn zjawiał się w 8 dni po zakażeniu i na 14 dni przed wystąpieniem wrzodu pierwotnego, Basset—Smitha w 14 dni po zarażeniu i Reinhardta 2 przypadki w tygodnie i 2 w 2 tygodnie po stosunku.

Chociaż w pierwszorzędnym okresie, szczególnie w pierwszej jego połowie, odczyn W. nieczęsto stwierdza nam zakażenie kilowe, jednak dopełnia rozpoznawcze badania na krętki blade, daje możność przystąpienia do wczesnego zapobiegawczego leczenia i w pewnych okolicznościach chroni ludzi od przenoszenia zarazy, jak to np. ma miejsce przy wstępowaniu w związki małżeńskie.

W drugorzędnym jawnym syfilisie liczby przedstawiają się inaczej.

Arning	otrzymał	wynik	dodatni	w	93%
Bering	"	"	"	"	98%
Bruck	"	"	"	"	94,1%
Citron	"	"	"	"	100%
Feuerstein	"	"	"	"	91,3%
Janowski i Łapiński	"	"	"	"	85,3%
Malinowski	"	"	"	"	86,5%
Mutermilch	"	"	"	"	93%
Rosenberg	"	"	"	"	92,4%
Springer	"	"	"	"	95%
Wojciechowski	"	"	"	"	82,5%

Czyli, że w drugorzędnym okresie odczyn dodatni występuje m. w. 90% t. j. tylko 10% ujemny, a przy powtórnej reakcji, lub z innym wyciągiem można jeszcze w wielu z tych 10% otrzymać odczyn dodatni. Jednak zdarzają się przypadki takie, gdzie nawet wobec obfitej wysypki otrzy-

mano odczyn ujemny. Hecht objaśnia ten fakt przedewszystkiem wpływem leczenia, następnie opóźnieniem się odczynu: w 10—14 dni po pojawieniu się wysypki, silnym wyniszczeniem ustroju niektórych osób, ukryciem dodatniego odczynu przez komplementoidy i powiększenie się ilości lecytyny w surowicy i występowaniem pojedynczych i nieznanych objawów (miejscowe, a nie ogólne działania jadu).

W tem więc okresie jednorazowy ujemny wynik nie przemawia przeciw rozpoznaniu przymiotu. Przemawia jednak z dużem prawdopodobieństwem stałe otrzymywanie ujemnego odczynu przy wielokrotnych próbach. Odczyn Wassermanna, w 2 rzęd. jawnym okresie posiada jednak mniejsze znaczenie, niż w innych wobec klinicznych objawów. Czasem jednak te objawy są niewyraźne, wątpliwe jak naprzykład rozsiane łysienie, leucodermata.

W trzeciorzędowym jawnym okresie otrzymali odczyn Wassermanna dodatni:

Arning	90%	
Bering	} 93% przy rozprzestrzenionych objawach 37% „ pojedynczych „	
Bruck		73,9%
Feuerstein	81,8%	
Ledermann	96,2%	
Lesser	90%	
Rosenberg	78,5%	
Springer	85 7%	
Jordan	32,7%	

Na ten więc okres wypada około 70—80%, mniej więc, aniżeli w drugorzędowym okresie. Różnice w liczbach zależą głównie od tego, czy występują objawy ogólne, czy też pojedyncze, a również jak później o m ó w i m y od uprzedniego leczenia. W każdym razie i w tym okresie spotykamy przypadki z obszernymi ogólnymi objawami, które nawet przy częstem sprawdzaniu dają stałe odczyn ujemny. Dyagnostyczna wartość odczynu W. w tym okresie jest nadzwyczajnej wagi. W chorobach skórnych spotykamy często kilaki, podobne do tocznia i raka. W chorobach nerwowych i umysłowych (syfilis układu mózgo-rdzeniowego) w chorobach wewnętrznych, szczególnie wątroby, serca i naczyń, w cierpieniach dziecińczych (Plaut) w chirur-

gii, gdzie rozpoznanie może się wahać między nowotworem, a kilakiem, lub kilakiem, a gruźlicą, w akuszerji, przy częstych ronieniach wyborze mamek i t. p. w cierpieniach gardła, nosa, oczu i t. d., wszędzie może rozjaśnić wątpliwości, naprowadzić na właściwą drogę.

W okresie utajonym dane statystyczne zależą od długości trwania zakażenia. W okresie wczesnym utajonym t. j. w pierwszych paru latach trwania choroby Blaschko otrzymał 80% wyników dodatnich, Blumenthal — Roscher 48%, Bruck — Stern 33%, Fleischmann 64%, Ledermann 75,6%, Rosenberg 44%, ja 60%, a więc znacznie rzadziej, aniżeli w okresie wtórnym ze zmianami klinicznymi. Jeszcze rzadziej występuje odczyn w okresie utajonym późnym. W tym okresie Blaschko—Citron miał 57% wyników dodatnich, Blumenthal—Roscher 40%, Bruck—Stern 30,8%, Fleischmann 42%, Lesser 46%, Bruhns — Halberstädter 28%, Springer 33,3%. Różnica, jak widzimy, znaczna, zależna w znacznej mierze od ilości ubiegłych od zakażenia lat.

W tym okresie często otrzymujemy ważne praktyczne wskazówki np. (w kwestyi matrymonialnej) u osób, u których rozpoznanie przymiotu było od samego początku wątpliwe, lub ukrywających swą chorobę z najrozmaitszych względów.

Wyniki badań na odczyn W. cierpień parasyfilitycznych są różne w zależności od tego, czy badamy płyn mózgo-rdzeniowy, czy też surowicę krwi.

W wiądzie rdzenia na 100 przypadków Schütze otrzymał z surowicy krwi w 65% odczyn dodatni, z płynu mózgo-rdzeniowego w 80%, Springer w 50% z surowicy i w 62,5% z płynu mózgo-rdzeniowego, natomiast Plaut z surowicy w 79% i z płynu mózgo-rdzeniowego w 64%, Nonne w 90% z surowicy i w 50% z płynu mózgo-rdzeniowego, Citron w 80% z surowicy, a z płynu mózgo-rdzeniowego w 22%.

W bezwładzie postępującym Marie i Levaditi otrzymali dodatni odczyn z surowicy w 59%, z płynu mozgo-rdzeniowego w 93%, Springer z surowicy w 77,1%, a z płynu mózgo-rdzeniowego w 83,3% czyli częściej, natomiast Plaut na 156 przypadków bezwładu postępującego we wszystkich z surowicy krwi—wynik dodatni, a z płynu mózgowo-rdzeniowego 94,5%.

Plaut znajdował u tych chorych odczyn dodatni niemal od samego początku cierpienia, podczas gdy Marie

i Levaditi rzadko, bo 10% w początkowych okresach, a coraz częściej w miarę rozwoju choroby.

Rozpatrzywszy się w danych ze wszystkich okresów, przychodzimy do wniosku, że przy luesie nie zawsze otrzymujemy odczyn Wassermanna dodatni, i że procent reakcji ujemnej jest różny, w zależności od okresu choroby, to też ujemny odczyn Wassermanna bynajmniej nie wyklucza obecności jadu kiłowego w ustroju.

Należy teraz określić znaczenie odczynu Wassermanna pod względem prognostycznym i terapeutycznym. Sprawa ta jest nadzwyczaj ważna. Od niej zależy, czy na mocy reakcji Wassermanna możemy w pewnych razach luetyków uznać za wyleczonych, t. j. niezaraźliwych i wolnych od wszelkich obaw na przyszłość, czy też dalej leczyć.

W okresie wczesnym utajonym odczyn Wassermanna nie posiada wartości pod względem prognostycznym, gdyż jest zmienny. Natomiast co do okresu utajonego późnego istnieją dwojakiego rodzaju zdania.

Jedni (jak Kopp, Werther, Zeleniew) twierdzą, iż dodatni odczyn w okresie utajenia posiada tylko dyagnostyczne znaczenie, a nie prognostyczne, ponieważ reakcja Wassermanna nie wskazuje bynajmniej, czy choroba, inaczej ogniska krętków, są obecne w ustroju, analogiczną więc jest do próby Vidala, którą można spostrzegać jeszcze wiele lat po przejściu tyfusu. Badacze ci również biorą pod uwagę cały szereg ludzi z odczynem dodatnim a którzy żyją w dobrym zdrowiu długie lata, mają zdrowe żony i dzieci.

Przyпускаją oni (Hartach, Jakimow, Weil—Braun, Fischer) iż dodatni odczyn Wassermanna przetrwał sam syfilis. Inni, jak, Neisser, Bruck, Citron, Lesser, Blaschko i t. d., twierdzą z wielką słusznością, iż dodatni odczyn Wassermanna wobec braku objawów syfilisu, przemawia z dużym prawdopodobieństwem za jego istnieniem. Motywują to tem, że gdyby tu chodziło o niweczniki lub wogóle o ciała, powstałe pod wpływem działania krętków, to wydzielają się one szybko z ustroju, gdy zniknie wywołująca je przyczyna. Ten fakt stwierdziły doświadczenia Wassermanna, Citrona i Brucka; przyjmując analogicznie pod uwagę reakcję Vidala, musimy przyznać, iż może ona wskazywać również na obecność bakterii tyfusowych, jak to zresztą stwierdzają

badacze znajdując po 7 latach pałeczki tyfusu w drogach żółciowych.

Istnieje pewna równoległość między odczynem Wassermanna, a klinicznymi objawami syfilisu, gdyż ze zjawieniem się objawów przeważnie występuje odczyn Wassermanna, który z ustąpieniem ich znika, żeby później znów wespół z nimi powrócić. Istnieje również zgodność badań anatomo-patologicznych i serologicznych: w późnym okresie utajonego syfilisu znajdujemy odczyn Wassermanna również często, jak i zmiany syfilityczne w głębi tkanek zmarłych osobników z tegoż okresu syfilisu.

Pozorne zdrowie u tych luetyków, którzy mają zdrowe żony i dzieci, niczego nie dowodzi, gdyż syfilis, po wielu latach utajenia, może nagle się przejawiać, a nawet spotykamy ludzi z objawami trzeciorzędowymi, którzy nie zarażają żon i rodzą zdrowe dzieci.

Czyli, że dodatni odczyn wskazuje zawsze na obecność luesu, na to, iż gdzieś w ustroju jest obecny jad syfilityczny, i że po wielu latach takie ogniska mogą być czynne i doprowadzać do objawów.

Za zupełnie więc wyleczonych można przyjąć z wielkiem prawdopodobieństwem tych, u których w kilka lat po zarażeniu, pomimo niestosowania od dłuższego czasu leczenia swoistego, nie występują żadne objawy syfilisu, a zarazem kilkakrotnie w pewnych odstępach czasu dokonywany odczyn Wassermanna, stale wykazuje wynik ujemny. Takiemu też tylko osobnikowi należało by dać pozwolenie na żenienie się. W myśl tego wszystkich chorych z odczynem Wassermanna dodatnim należało by leczyć i starać się sprowadzić odczyn dodatni w ujemny.

To też należy nam rozstrzygnąć pytanie 1) jak wpływa leczenie na reakcję Wassermanna i 2) czy dodatni odczyn można zawsze na stałe sprowadzić w ujemny.

Przedewszystkiem rozpatrzmy wpływ leczenia dawniejszymi środkami i metodami.

Według Citrona na 34 nieleczone przypadki luetyków i tabetyków odczyn dodatni wypadł 81%, a na 67 takich leczonych chorych w 65%.

Bruck podaje następujące dane: W drugim okresie miało odczyn dodatni leczonych 45,1%, a nieleczonych 87,1%; w trzecim okresie leczonych 45,1%, a nieleczonych 66,6%, we wczesnie utajonym 18,7% leczonych, a 50% nieleczonych. Czyli w sumie reagowali dodatnio z po-

między leczonych 29,5%, a z pomiędzy nieleczonych 82,3%.

Feurstein miał na 263 przypadki nieleczonej kiły w 90,6% odczyn dodatni, a takż odczyn w 42,8% na 102 przypadki leczonej.

Lesser w 115 przypadkach dobrze leczonych miał w 38%, a na 53 źle leczone przypadki—55% dodatni odczyn.

Bering, na 147 przypadków okresu utajonego syfilisu, miał nieleczonych 8, w tem 7 razy odczyn dodatni, na 70 mało lub źle leczonych 50 razy odczyn dodatni; a na 69 leczonych chronicznie przestankowo tylko 11 reagowało dodatnio.

Słusznie więc Bering przedstawia znaczniejsze korzyści leczenia chronicznego przestankowego nad symptomatycznym.

Ledermann daje następującą statystykę:

Wczesny utajony lues		Dodatni odczyn	%
leczony	88	69	78,8
nieleczony lub mało leczony	} 27	24	88,8

Późny utajony lues			
leczony	63	26	41,1
nieleczony lub mało	15	10	66,6

Utajony zaś lues wszystkich okresów po 1—3 kuracjach na 92 przypadki 68 dodatni odczyn t. j. 73,9%, po 4 i więcej kuracjach na 59 przypadków odczyn dodatni 27 razy t. j. w 44,7%.

Ja na 550 przypadków nieleczonej lub słabo leczonej kiły miałem odczyn Wassermanna dodatni w 84% a na 420 leczonej starannie kiły w 43%.

A więc im gruntowniejsze było leczenie i im późniejszy okres choroby, tem rzadziej występuje odczyn dodatni.

Blumental i Roscher znaleźli również w okresie utajenia, iż liczba dodatnich odczynów zmniejsza się proporcjonalnie do gruntowności leczenia.

D. c. n.

III.

SPRAWOZDANIA.

BERLIŃSKIE TOWARZYSTWO DERMATOLOGICZNE.

Heller: **Niezwykłe duże polipy części błoniastej cewki moczowej.**

H. zwraca uwagę na znaczenie endoskopii Goldszmit'owskiej tylnej cewki moczowej, na możebność rozpoznawania i operowania guzów, które dotychczas zupełnie usuwały się naszej znajomości. W przeciwieństwie do innych autorów uważa H. ukleje tylnej cewki moczowej za bardzo rzadkie. Obecnie przedstawia przypadek niezwykle wybitny wytwarzania się polipów w części błoniastej, które H. ma zamiar usunąć na drodze wśródcewkowej zapomocą szczególnego, ad hoc przez Goldszmita zbudowanego, przyrządu.

Baschkopf (Kraków).

Blaschko: **Zabarwienie żywych krętków (Vitale Spirochaetenfärbung) Meirowsky'ego.**

Przesycony rozczyń błękitu metylowego w wodzie studziennej lub rozczyń NaCl wciiera się w otwartą zmianę pierwotną, kłykcinę lub owrzodziały guzek. Surowica, uzyskana przez ssanie (Saugserum) po 5 minutach, zawiera krętki wyraźnie zabarwione. Barwienie jednak wtedy tylko jest udane, jeśli lipoidalna otoczka krwinek czerwonych przedstawia się jako ciemnofioletowy pierścień. Dla lekarza, nie rozporządzającego badaniem w ciemnym polu, jest powyższe barwienie pełnowartościowym zastępstwem tegoż.

Dermatolog. Zeitschrift, 1911, z. 1.

Baschkopf (Kraków).

Z POSIEDZENÍ TOW. DERM. i SYF. W PARYŻU.

1) Lafay i Lévy Bing polecają zastrzykiwać „606“ w zawieszynie, otrzymanej w sposób następujący: przy zachowaniu aseptyki do małego moździerza wsypuje się potrzebną ilość „606“, poczem dodaje się 1—2 ctm. sz. mieszaniny:

Lanolin. anhydr. sterilis 1.0

Olej d'olivele froissage przemity i odkażony . . . 9.0

następnie zapomocą tłuczka rozciera się zawartość aż do otrzymania zawiesziny.

Za sposobem tym przemawiają: prostota, szybkość przygotowania, możność przechowywania preparatu w ciągu kilku godzin, nieznaczna bolesność, lub nawet brak jej zupełnie na miejscu wstrzyknięcia. Wydzielanie arszeniku przy powyżej opisanym sposobie jest takie same, jak przy innych

(Bul. de la soc. fr. de Derm. et de Syph. 1910 r. str. 8).

M. Paschalis.

2) Gaucher, Gougerot i Guggenheim przedstawili chorego, u którego w 4 miesiące po owrzodzeniu pierwotnem znaleziono jednocześnie zmiany właściwe drugiemu i trzeciemu okresowi kily (wysypka grudkowata i kilak).

(Bul. de la soc. fr. de Derm. et de Syph. 1911 r. Nr. 3).

M. Paschalis.

3) Balzer, Burnier i Garsaux zdawali sprawę z leczenia kily za pomocą preparatów arsenikowych d-ra Mouneyra ta—arsenphenylchlorohydrooxyamine i arsenphenyliodohydroxyamine, preparaty te są nierozpuszczalne. Zastrzykiwano je w miarę po 20 ctgr. na dawkę co tydzień; stosowano nie więcej niż 3 zastrzyknięcia. Zabieg ten wywoływał ból, obrzęk, podniesienie t₀, często bezsenność.

Z 46-u chorych leczonych tymi preparatami, nawrót wystąpił u 10-u. Autorzy radzą po przeprowadzeniu leczenia arsenikiem stosować dodatkowo rtęć lub jod.

(Bul. de la soc. fr. de dermat. de et syph. 1911 r. Nr. 3).

M. Paschalis.

4) F. Balzer i Burnier przedstawili chorego ze zmianami kiłowemi na prąciu i mosznie; były to wykwyty grudkowato wrzodziejące: zapomocą mikroskopu wykryto b. liczne krętki blade; chory zaraził się kiłą mniej więcej przed 35-u laty i był leczony systematycznie.

(Bul. de la soc. fr. de Dermat. et de Syph. 1911 r. Nr. 2).

M. Paschalis.

5) F. Balzer i Brunier przedstawili 42-u letniego mężczyznę z symetrycznie leżącymi dużymi guzami na piersiach i brzuchu. Guzy te są twarde, niebolesne; autorzy uważają je za tłuszczaki. Stan ogólny doskonały.

(Bul. de la soc. fr. de Dermat. et de Syph. 1911 r. Nr. 2).

M. Paschalis

6) L. Spielmann i L. Bruntz na mocy doświadczeń nad zwierzętami kręgowymi i bezkręgowymi dochodzą do następujących wniosków: produkty szkodliwe lub niepotrzebne, mające być wydalone, są pochłaniane przez leukocyty i dostarczane tą drogą do narządów wydzielniczych. Jeżeli te ostatnie nie mogą podolać pracy czy to wskutek osłabienia swej czynności, czy też z powodu nadmiernej ilości produktów, mających być wydalonymi, wydalanie odbywa się i innymi drogami, np. przez skórę. Objaw ten u człowieka poraz pierwszy opisał Munro, potem Sabouraud pod nazwą „exocytose”, Exocytose’ę spotykamy nie tylko w razie niedomogi narządów wydzielniczych, lecz również i wtedy, gdy skóra wskutek zmian odziedziczonych lub nabytych przedstawia locus minoris resistentiae. Według autorów leukocyty, zawierające szkodliwe produkty, np. toksyny, odgrywają, jako czynnik drażniący, bardzo ważną rolę w powstawaniu chorób skórnych—wywołują one odczyn ze strony skóry właściwej, a szczególnie naskórka.

(Bul. de la soc. fr. de Dermat. et de Syph. 1911 r. Nr. 2).

M. Paschalis.

7) Leredde zabrał głos w sprawie dawkowania „606”.

Ehrlich radzi stosować jednorazowo duże dawki, aby osiągnąć sterilisatio magna. Ponieważ jednak osiągnąć tego celu nie możemy, a duże dawki wywołują niekiedy objawy zatrucia: biegunkę, wymioty, zaburzenia przy oddawaniu moczu, Leredde ucieka się do dużych dawek tylko w przypadkach pierwotnego owrzodzenia (zastrzykuje 3 razy po 06 w odstępach 10-o i 15-o dniowych), u osobników dorosłych, tęgich. U wszystkich innych zaś, jak również w 2-m i 3-m okresach kiły, stosuje w takich samych odstępach czasu 3 dawki: 0,4—0,45—0,6. Objawów anafilaksji nie zauważył.

Milian występuje przeciw zbyt długim przerwom między zastrzykowaniami, radzi łączyć zastrzykiwania do żył (mniej bolesne) z mięśniowemi (arszenik wydziela się wtedy wolniej, działa więc skuteczniej), wreszcie poleca stosować dawki niezbyt małe, wystarczające do zniszczenia krętków, które jak to wykazał Ehrlich pod wpływem niedostatecznych dawek nie giną, lecz stają się opornymi na arszenik i skłanność tę przekazują następnym pokoleniom.

(Bul. de la soc. fr. de Dermat. et de Syph. 1911 r. Nr. 2).

M. Paschalis.

8) Petrini podał opis 3-eh przypadków łuszczycy, w których po wyleczeniu na miejscu wykwitów pozostały ogniska, pozbawione barwnika.

We wszystkich tych przypadkach autor stosował olcadini, nie można więc zaniku barwnika przypisać arsenikowi ani chryzabinie, środkom zwykle przy łuszczycy stosowanym.

(Ann. de Derm. et de Syph. 1911 r. Nr. 3).

M. Paschalis.

Podskórne złogi wapienne i sklerodermia
G. Thibierge i R.--J. Weissenbach.

Autorzy opisują swoje spostrzeżenia, dotyczące 54-0 letniej kobiety: Na palcach rąk i nóg, a także wyprostnych powierzchniach dolnych odcinków kończyn w skórze i tkance podskórnej są porożrucane symetrycznie twarde guzy; zaczęły one tworzyć się przed laty 16-u na palcach, poprzedzały je zmiany czuciowe (ból, znieczulenie, mrowienie) i sinica. Skóra chorej przedstawia zmiany typowe sklerodermii, na twarzy i tułowi, poroszerzane naczynia krwionośne; ruchy kończyn utrudnione, zmian w narządach wewnętrznych nie znaleziono, stan ogólny dobry. Następuje krótki opis podobnych przypadków, zebranych w literaturze. Badanie chemiczne guzów wykazało, że składają się one z fosforanów i węglanów wapnia; sole wapnia odkładają się w zwyrodniałej sklerotycznie tkance łącznej pod postacią ziarenek, które łącząc się tworzą złogi; powierzchniowe złogi wydzielają się przez powstałe w skórze owrzodzenia, głębokie zaś wywołują tak, jak wogóle ciała obce, odczyn zapalny. Włókna tkanki łącznej są zwyrodniałe szklisto, naskórek, gruczoły, mieszki włosowe, włókna sprężyste przedstawiają niewielkie zmiany; mięśnie zanikają; w skórze i tkance podskórnej miejscami koło naczyń widać naciecznienie. Pod względem spistości guzy przedstawiają ciała papkowate lub stałe, twarde bez związku z kością; wielkość ich jest rozmaita, niektóre mają 20 ctm. w średnicy, najczęściej zrośnięte są ze skórą. Zaczynają się tworzyć na końcach palców i szerzą się w kierunku dośrodkowym. Rosną one powoli, niekiedy zatrzymują się w rozwoju; często nad złogami tworzy się owrzodzenie, przez które wydzielają się one na zewnątrz; wessanie się złogów spotyka się wyjątkowo.

Skutkiem towarzyszących złogom sklerotycznych zmian bywają mniejsze lub większe zaburzenia czynnościowe kończyn.

Częste współistnienie złogów i objawów sklerodermii wskazuje na ściślejszy, niż przypadkowy, związek między obiema sprawami. Rokowanie zależy od sklerodermii, która w przebiegu choroby wysuwa się na pierwszy plan. Rozpoznanie nie przedstawia trudności; ze względu na umiejscowienie nie można ich przyjąć za złogi kwasu moczowego; badanie chemiczne z łatwością również rozstrzyga rozpoznanie. Kamyki żyłne (phlebolithes), zwapniałe torbiele, nabłonki i włókniaki podskórne bardzo łatwo dają się odróżnić od powyżej opisanej sprawy.

Nazwą granulomes calcaires sous-cutanés Milian oznacza ziarnka wapienne w zawierających płyn guzach, powstałych wsku-

tek drażnienia (urazy, tarcia), najczęściej w torebkach maziowych (bourses séreuses), spotykają się one u ludzi młodych przeważnie wieśniaków, mogą występować pojedynczo lub uogólniają się, stan ogólny podupada, i chory umiera w charłactwie. Przyczynę tych zmian Milian przypisuje pasorzytom, co jednak dotąd nie zostało potwierdzone.

Antorzy są za wyodrębnieniem opisanego przez siebie procesu, jako ostatecznego wyniku zmian sklerodermicznych.

(Ann. de Derm. et de Syph. 1911 r. Nr. 3).

M. Pasçhalis.

ARCHIV. FÜR DERMATOLOGIE UND SYPHILIS.

O gruźlicy u trędowatych. Dr. H. Lie z Bergen—(Norwegia).

Już Danielssen i Boeck w 1847 roku zwrócili uwagę na interesujące zmiany w wewnętrznych organach ludzi, dotkniętych trędem. Zmiany te, występujące najczęściej w gruczołach limfatycznych, wątrobie i śledzionie, opisują Danielssen i Boeck, jak również Virchow (1864 r.) i Armaner Hansen, jako guzki rozmaitej wielkości, po pewnym czasie rozmiękające i pozostawiające po sobie—kawerny. Pierwszy Schäffer zajął się mikroskopowem badaniem zmian wyżej opisanych, a następnie Lie dla rozjaśnienia stosunku pomiędzy gruźlicą i trędem studyował protokoły sekcji w szpitalach dla trędowatych. W makroskopowych guzkach wątroby i śledziony w jednym przypadku „lepra tuberosa” można było znaleźć miejsca martwicze i liczne komórki olbrzymie Langhans'a. Zupełnie podobne obrazy obserwował Lie i w innych do 2000 osób dochodzących sekcjach i stąd wyprowadza wniosek, że owe guzki są natury raczej gruźliczej, że można tutaj mówić o mieszanej infekcji pałeczkami Kocha i Hasnena. Co do skóry, to tutaj nieporównanie trudniej jest rozstrzygnąć, czy wywołane zmiany trzeba przypisać tylko pałeczkom Kocha czy mieszanej infekcji trądu i gruźlicy.

Niestety tylko w jednym przypadku Jadassohna skontrolowano na zwierzęciu, które istotnie po 9-ciu miesiącach padło na gruźlicę, (prawdopodobnie bakterye mało wirulentne). Z guzów—leproma udało się wyhodować bakterye, które po długich badaniach trzeba było określić, jako prątki gruźlicze, a w 2-eh przypadkach „lepra tuberosa” przy sekcji obok leproma rozmaitych narządów znaleziono guzki w płucach i wyraźne gruźlicze zapalenie otrzewnej.

Wogóle autor przychodzi do wniosku, że nie tak rzadko znajdujemy jednocześnie pałeczki trądu i gruźlicy razem, i że niema potrzeby tłumaczyć tych zmian, które są do gruźliczych podobne obecnością tylko Hansenowskich prątków. Wszystko co wiemy dotychczas o prątkach gruźlicy i trądu mówi o ich częstem i ścisłem współżyciu w rozmaitych warunkach i w rozmaitych narządach, a dalsze badania bez wątpienia wykażą, że prątki gruźlicze częściej, aniżeli dotąd myślano, znajdują się w skórze trędowatych.

Archiv. f. Derm. u. Syph.

Dr. S. Rygierówna—Wrocław.

Terapia rtęciowa i reakcja Wassermanna. Dr. Karol Marcus—ze szpitala St. Göran w Sztokholmie.

Autor zadaje sobie pytanie, czy reakcja Wassermann—Neisser—Bruck jest miarodajnym wskaźnikiem dla przerwania albo zaczenia kuracji rtęciowej — antysyfilitycznej — (Marcus abstrahuje tutaj kurację salvarsanem i innymi środkami przeciwkłóowymi) i po przeprowadzeniu badań nad bardzo dużym materiałem, bo nad 4000 pacjentów dochodzi do następujących wniosków:

1) W stadium lues primaria, gdzie ani kliniczne objawy, ani — poszukiwania krętka bladego nie są w stanie ustalić diagnozy, pozytywna reakcja Wassermanowska jest wskazówką dla zaczenia kuracji.

2) W pierwszych latach po infekcji terapia, dla której linią wytyczną jest pozytywna, albo negatywna seroreakcja, posiada w sobie poważne niebezpieczeństwo, bo — prowadzi do licznych recydyw.

3) Reakcja—pozytywna w okresie kiły utajonej (lues latens) jest jakby występującym symptomem choroby, którą trzeba natychmiast opanować.

4) Negatywna reakcja w pierwszych latach kiły, kiedy pacjenci wogóle pozostają ciągle pod wpływem działania rtęci, nie jest dla kuracji miarodajną, w późniejszych latach jest lepiej wróżącą, aniżeli pozytywna, ale także niema wielkiej bezwzględnej wartości; dopiero po rozważeniu wszelkich innych towarzyszących okoliczności, jako to przebiegu choroby, sposobu przeprowadzonego leczenia zyskuje pewną wagę.

Dr. S. Rygiéówna—Wrocław.

O leczeniu lupus erythematosus promieniami Roentgena. Dr. Ludwig Moberg—Stockholm.

W artykule tym poruszona jest kwestya ciekawa wartości naświetlania lupus erythematosus promieniami Roentgena. Autor przytacza rozbieżne o tem przekonania rozmaitych dermatologów, z których Schiff (pierwszy w r. 1898 tę metodę zaaplikował; Gaston, Decrossas i Lassneur są gorliwymi tej terapii stronnikami, podczas kiedy Morris, Jadassohn, Ehrmann zupełnie nie uznają jej za odpowiednią. Co do samej techniki röntgenizowania, to wszyscy zwolennicy tej metody są tego przekonania, że potrzebne jest wywołanie silnej reakcyi, przyczem Gaston używa 5 H, Lassneur najwyżej 4—3, Leredde 10—12 H, a sam autor 8—10 H w dwóch posiedzeniach z jedno, albo dwudniową przerwą.

Odległość pomiędzy antykatodą, a naświetlaną okolicą wynosi zazwyczaj 15 ctm.

Moberg od roku 1907 obserwowował 30 przypadków lupus erythematosus, z których 18 było naświetlanych promieniami Roentgena. Najbardziej powierzchowne formy, zasługujące raczej na nazwę „Erythème centrifuge” nie były traktowane Roentgenem, resztę—przypadki mniej, lub bardziej głębokiego lupus erythematosus Moberg — naświetlał i doszedł do przekonania, że promienie Roentgena mają niewątpliwy wpływ na tę chorobę. Z jego 18 przypadków 6 zostało wyleczonych bez recydywy, wyleczenie z recydywą w 4 przypadkach, w pozostałych znakomite polepszenie i zmniejsze-

nie się chorych ognisk chociaż bez zupełnego wyleczenia. Co do recydyw, to te zjawiają się bez możności określenia przyczyny (w jednym przypadku Moberga — ciąży, w drugim decydujące powietrze zimy szwedzkiej) i lokalna terapia na nie wpływu mieć nie może, chociaż i tutaj po Roentgenie nie występują one częściej, aniżeli po bardziej ogólnej—jod—china terapii. Jeżeli chodzi o rezultaty kosmetyczne, to te są dużo gorsze, aniżeli przy leczeniu Finsenem; po głębszym lupus erythematosus pozostają nawet brzydkie blizny, ale cała procedura odbywa się znacznie szybciej, a przez to taniej, co dla wielu daleko od wielkich miast żyjących pacjentów ma wielkie znaczenie.

Promienie Roentgena w terapii Lupus erythematosus nie mogą być uważane za ideał leczenia, ale muszą zająć wybitne miejsce obok innych metod, których braki sprawiają, że musimy wszystkie je używać razem.

Dr. S. Rygielówna—Wrocław.

O erupcyi syfilitycznej, występującej podczas, albo w krótkim czasie po energicznym leczeniu rtęcią lub arsenobenzolem. Dr. M. Oppenheim Wiedeń.

Reakcja Jarisch—Herxheimer, obserwowana przy leczeniu rtęcią, jako zaczerwienie i obrzęk wokoło wysypki luetycznej, przy zastosowaniu arsenobenzolu, środka energiczniej zabijającego krętki blade i szybciej oswobadzającego endotoxyny—tem częściej i silniej występuje. Poza tem w pewnych przypadkach, traktowanych bardzo energicznie rtęcią, dawała się zauważyć podczas, albo bezpośrednio po odpowiedniej kuracyi wysypka z Herxheimerowską zapalną obwódką, ale na miejscach, odpowiadających zwykłej lokalizacyi Erythema exudativum multiforme.

Po zreferowaniu kilkunastu przypadków autor przytacza tłumaczenie zjawiska Herxheimerowskiego przez kilku autorów:

Jarisch, Jadassohn, Rille, Herxheimer wyjaśniają to zjawisko nadwrażliwością organizmu syfilityka, Thalmann—oswobodzeniem endotoxyn, Oppenheim—spotkaniem się niweczników i antigenu in loco. Objaśnić owej do Erythema exudativum multiforme ze swej lokalizacyi podobnej wysypki autor nie jest w stanie, a nie chce się gubić w bezbrzeżnych hipotezach. Trzeba tylko pamiętać, że taka wysypka istnieje.

Dr. S. Rygielówna—Wrocław.

O traktowaniu szczególnie ciężkich przypadków wyprysku. Dr. Th. Veiel.

Veiel radzi w przypadkach wyjątkowo uporczywych wyprysków, kiedy zawodzą wszystkie zwykłe środki, próbować 5% roztworu tanninowego (acidum tannicum).

Jeżeli skóra przytem staje się zbyt szorstką i łatwo pękającą, można dodawać gliceryny. Trzeba się naturalnie zastrzedz, że niektóre osobniki roztworu tanninowego również nie znoszą i z powodu zbytznego podrażnienia skóry i ten środek trzeba odrzucić.

Dr. S. Rygielówna—Wrocław.

Nowy środek przeciwko rzeżączce u kobiet. Alma Tundquist—Stockholm.

Dr. Alma Tundquist ze Stokholmu obserwował od r. 1903 w miejskiej poliklinice bardzo wiele przypadków rzeżączki u kobiet, na których właśnie wypróbował nowy środek—kwas solny (HCl), gorąco przez niego zalecany.

Autor używał bezwodny HCl w $\frac{1}{2}\%$ roztworze, a acidum hydrochloricum w 2% .

Dr. S. Rygielówna—Wrocław.

O stanach patologicznych stawów przy nabytej kile. Dr. Stefan Wysocki—Wrocław.

Kwestya, czy kila nagabuje i stawy, była przez długi czas nierozstrzygniętą, gdyż zawsze brakowało odpowiednich danych sekcyjnych. Dopiero w 1869 roku Odmansson, a w następnych latach Lanceraux, Fournier, Giess, Virchow, w nowszych czasach Rasch, Borchardt usunęli zupełnie wątpliwości, co do istnienia kilowego schorzenia stawów. Początkowo przypuszczano, że będzie można arthropatię syfilityczną zamknąć w jakieś określone ramy; mniemanie to okazało się błędnem, niema specjalnych cech dla arthritis luetica, stawy mogą być bolesne, albo nie, mogą być obrzmiałe, zaczerwienione, w stanie silnego zapalenia, albo też zewnętrznie zupełnie niezmiennione. Dyagnoza specyficznego schorzenia stawów może być postawiona na zasadzie dokładnej anamnezy, obecności innych objawów kili, nie reagowania na preparaty salicylowe, a natomiast szybkich i dobrych wyników po zastosowaniu jodu i rtęci.

Doskonałą pomocą jest obecna Wassermann — Neisser reakcyja.

Co do leczenia to autor zaleca rtęciowe preparaty (kamel), a w późniejszych okresach kili—jod. Oprócz leczenia ogólnego—lokalne: gorące kąpiele, okłady tinctura jodi, obwijania szarą maścią, opaski gumowe, miejscowe wstrzykiwania zawiesin rtęci.

Dr. S. Rygielówna—Wrocław.

Przyczynek do studyum o hyperkeratozach na tle rzeżączki. (Dr. Ed. Arning i Dr. Meyer—Delius).

Dr. Ed. Arning i Dr. H. Meyer—Delius z Hamburga opisują kilkanaście przypadków rzeżączki, gdzie obok zwykle towarzyszących tej chorobie objawów lokalnych, dawały się zauważyć pewne objawy ogólne, a mianowicie: podostre stany zapalne licznych stawów, nie prowadzące jednak nigdy do unieruchomienia, i zniekształcenia zapalenia endogeniczne spojówek, nakoniec tak nazywane gonorrhoeiczne keratozy, występujące głównie, jako balanitis circinata na penis, rzadziej na podeszwie nóg i na dłoni, a już tylko w przypadkach bardzo odosobnionych na innych okolicach ciała. Keratozy owe zaczynają się zwykle, jako pęcherze, które wysychają niesłychanie szybko i pokrywają się masami nieprawidłowo zrogowaciałego naskórka. Niekiedy można widzieć przejścia do innych form wysypek na tle rzeżączki, a mianowicie do występujących na całym ciele małych guzków, krwawiących po zdrapaniu, jak przy psoriasis. Związek pomiędzy owymi objawami, a gonorrhoe nie ule-

ga żadnej wątpliwości, ponieważ nigdy nic podobnego nie występuje w innych stanach chorobowych, chociaż z drugiej strony nigdy nie dało się wykazać w owych wykwitach obecności gonokokków.

Dr. S. Rygierówna—Wrocław.

Kliniczne i eksperymentalne badania nad Alopecia (Hypotrichosis) congenita. (Pr. Dr. A. Buschke z Berlina).

Dr. A. Buschke zwraca uwagę na nieczęste wprawdzie, ale zdarzające się niekiedy przypadki zupełnego braku włosów na całym ciele, datującego się od urodzenia. Bezpośrednią przyczyną może być tutaj anatomiczna, albo funkcyjnalna niedomoga aparatu folikularnego (torebek włosowych), przyczem najczęściej zdarza się tak, że dzieci rodzą się z normalnem uwłosieniem, ale te „płodowe włosy wypadają, a na to miejsce nie zjawiają się nowe; przyczyna jednak owej niedomogi jest jeszcze zupełnie niewyjaśniona: niektórzy autorowie myślą o lues, inni o systemie nerwowym, sam autor robił doświadczenia nad szczurami, które go doprowadziły do pewnych wniosków. Karmił on jeden rodzaj tych zwierząt roztworem octanu thallium 1 : 10000 (3—4 ctm. sz. co kilka dni w mleku) i po 4—6—8 tygodniach szczury zaczynały łysieć na czaszce, tułowiu, kończynach. Potomstwo pewnej pary szczurów, traktowanych w ten sposób przez przeciąg roku Thallium, wykazało także anormalny porost włosów: łysinę całego tułowiu (grzbietnej i brzusznej strony). Po niejakiem czasie to łyse młode pokolenie bez widocznej przyczyny zmarło, nie udało się jednak wykazać zatrucia Thallium. Ta sama para szczurów po przestaniu karmienia ich Thallium urodziła dzieci zupełnie normalne. A zatem tutaj przyczyną łysienia był czynnik, zatruwający ciężarną matkę.

Może i na ludzi, rodzących się z nienormalnym porostem włosów, działają w stanie jeszcze embryonalnym czynniki trujące z powodu jakichś braków w przemianie materii matki?

Dr. S. Rygierówna—Wrocław.

Przypadek samoistnej symetrycznej gangreny skóry. Dr. Eugeniusz Borzęcki.

Prymaryusz oddziału chorób skórnych i wenerycznych szpitala Ś-go Łazarza w Krakowie—Dr. Eugeniusz Borzęcki miał sposobność obserwować przypadek suchej martwicy skóry, który nie dał się ująć w żadne dotąd opisane formy:

Pacjentka—16-letnia dziewczyna, anamneza, której nie wskazuje na żadną ciężką przebytą chorobę, bez zmian w organach wewnętrznych, w systemie nerwowym, w moczu — 2 lata przed wystąpieniem martwicy podległa jakiemuś schorzeniu na obydwóch przedudziach (nie jednocześnie), które dla podówczas leczącego ją lekarza było niejasne (postawił tymczasową dyagnozę „erysipelas gangraenosum”), a które wystąpiło w postaci zaczerwienienia i obrzęknięcia przy towarzyszącej bolesności. Lekarz przeciął owe chorobowe ogniska i choroba owa ustąpiła, pozostawiając blizny. W 2 lata później w pobliżu blizn wystąpiły plamy, na pierwszy rzut oka przypominające wynaczynienia o ostrych, nierównych brzegach po bliższym jednak zbadaniu, wykazujące cechy martwicy: konsystencję

pergaminowo twardą, zabarwienie czarno-niebieskie, poziom nieco niższy, aniżeli reszta skóry, uczucie bólu mniej, lub więcej głęboko zniesione, przytem gruczoły pachwinowe nie powiększone, temperatura 37,7°C.

Autor, porównawszy wyżej opisany obraz chorobowy z obrazem wszystkich dotąd opisanych form nekrozy (na tle: endarteriitis obliterans hyperplastica, endarteriitis obliterans miażdżycy, kiły, eukrzyicy, długotrwałego ucisku, gangraena symmetrica Raynaudi, Gangrène fondroyante spontanée des organes genitaux i t. d.) przychodzi do wniosku, że wypadek ten musi być zaliczony do rzędu gangren skórnych spontanicznych.

Dr. S. Rygierówna—Wrocław.

O Lymphodermiach i Mycosis Fungoides. (Pr. Dr. P. L. Bosellini z Bolonii).

Autor stara się wyjaśnić, czy istnieje jakiś stosunek pomiędzy Lymphodermią, a Mycosis Fungoides.

Bosellini obserwował 6 przypadków Mycosis Fungoides, przeprowadzał bardzo dokładne badanie krwi chorych, tkanki chorobowej (histopatologicznie), wewnętrznych organów i doszedł do wniosku, że w Mycosis Fungoides o pierwotnej Hämopathii nie ma mowy, i że czasami tylko ma się tutaj do czynienia ze stanem pseudoleukemicznym, który to stan również dobrze napotkać można w innych infekcyach i intoksykacyach.

A, jeżeli się porównywa wabanie w obrazie krwi w gruźlicy, albo kile, to trzeba przyznać, że są one bardzo podobne do wahań w Mycosis Fungoides.

I oto staje przed nami pytanie, dlaczego mielibyśmy Mycosis Fungoides uważać za chorobę krwi, kiedy ani krew, ani wewnętrzne organy nie przedstawiają zmian, któreby pozwalały nam tę chorobę ocenić.

Budowa anatomiczna tkanki mykotycznej, przebieg kliniczny, zmiany wewnętrzne, pozwalają nam myśleć, że Mycosis Fungoides jest zapalnym infekcyjnym Granuloma skóry i, że jej stosunek do Lymphodermii jest w rozmaitych klinicznych formach takie, jak gruźlicy.

Dr. S. Rygierówna—Wrocław.

a) CHOROBY SKÓRNE.

Choroby skóry a modne ubieranie się. Podał Dr. Edmund Saalfeld.

Autor podaje, że w ostatnich czasach choroby skórne znacznie pomnożyły się wskutek noszenia modnych sukien. U kobiet powstają bardzo często zapalenia skóry z przejściem w rozmaite postaci liszajów na szyi wskutek noszenia wysokich miękkich kołnierzy, w których znajdują się podkłady fiszbinowe, wywierające ucisk na skórę. U mężczyzn zaś wysokie kołnierze są powodem częstego powstawania furunkulozy na przednich częściach szyi i na karku, uciskający zaś skórę zameczek od opaski na wąsy wywołuje podobne zmiany na skórze tyłogłowa. Wąskie zaś kołnierze są częstą przyczyną występowania Chloasma traumaticum na szyi, które bardzo trudno daje się usunąć.

Medizinische Klinik Nr. 3. Wiedeń, styczeń 1910.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

Czy należy oczy ochraniać przed ultrafioletowym światłem. Podał Prof. Dr. Best w Dreźnie.

Autor przytacza wywody, na podstawie których utrzymuje, że oczów naszych nie potrzebujemy ochraniać przed promieniami ultrafioletowymi tak ze światła sztucznego jak i światła dziennego. W zwyczajnych warunkach przy działaniu światła słonecznego, dziennego, łukowego i pochodzącego od śniegu widoczne promienie mogą wyrzucić o wiele łatwiej szkodliwy wpływ na oczy, aniżeli ultrafioletowe i tylko przy bardzo wielkiej intensywności światła i te ostatnie tak samo mogą stać się szkodliwymi. Dla ochrony oczów radzi autor w podobnych przypadkach używać szkieł szarych, wykluczając potrzebę używania specjalnych szkieł przed światłem ultrafioletowym.

Medizinische Klinik Nr. 7. Wiedeń, luty 1910.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

O dezynfekcyjnych częściach składowych mydeł i Afridolenowem antyseptycznem rtęciowem mydle. Podali Dr. Walter Scharutz i Dr. Walter Schoeffer.

Autorzy podają, że dotychczasowe próby uzyskania mydła sublimatowego rozbiły się o to, że sublimat z mydłem chemicznie nie łączy się, a dalsze próby, aby sublimat zastąpić o podobnem działaniu połączeniem rtęci, w którym rtęć nie byłaby w postaci jonu połączoną i przetwór posiadał dezynfekcyjne działanie i oddziaływał alkalicznie, doprowadziły do wyrobu wprowadzonego w handel mydła

„Afridol“, które składa się z 85% wysyconych tłuszczów i 4% oxytolaglowego połączenia rtęci. Mydło to, jak bakteryologiczne próby wykazały, działa w wysokim stopniu dezynfekcyjnie i w cierpieniach pasożytniczych i grzybkowych skóry bardzo korzystnie.

Medizinische Klinik, Nr. 36. Wiedeń, październik 1910.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

Nowy przypadek rumieniowo-pęcherzykowo-krostkowej osutki skórnej po błonicy. Podał Dr. Gustaw Bloth.

Autor podaje, że przypadek ten jest ósmym opisanym w literaturze i określa trudności rozpoznawcze i prognostyczne tego cierpienia. Miarodajnym było tylko badanie bakteryologiczne, które wykazało, że nie było tutaj ani infekcyi mięszowej ani embolii wywołanej prątkami dyfterytycznymi lub innymi mikroorganizmami, lecz wyrzut skórny rumieniowo-pęcherzykowo-krostkowy połączony z gorączką, jaki czasem po błonicy występuje. Treść pustułów i pęcherzyków ropnych nie zawierała żadnych bakteryi.

Medizinische Klinik, Nr. 35. Wiedeń, październik 1910.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

Nowsze metody Dermatoterapii. Podał Dr. Walter Pick.

Autor podaje dla leczenia promieniami Röntgena bezwzględne względne wskazania i do pierwszych zalicza wszelkie cierpienia skóry głowy, powstałe na tle pasożytniczym i limfatycznym afekcyje skóry, a mianowicie wysypki świerzbiączkowe (Prurigo) i guzy, jakie powstają na skórze przy Leukemii i Pseudoleukemii, do których Mycosis fungoides i Lymphoma idiopathicum zaliczoną bywa. Do wskazań drugich zalicza Lupus o tyle, aby przez leczenie promieniami Roentgena przygotować to cierpienie do właściwego leczenia za pomocą światła, Sycosis non parasitaria i Acne nuhae. Następnie uważa autor za wręcz przeciwskazane leczenie tą metodą Hypertrichosis na twarzy i Acne indurata i dla pierwszego cierpienia uznaje elektrolizę, a dla drugiego gorące tusze powietrzne, stosowane za pomocą elektryczności. Radium uważa autor za najlepszy środek dla leczenia rozmaitych rodzajów. Naevi, jak barwinkowych, uwłosionych i naczyńniowych. Dla tych ostatnich uznaje również, zamiast kosztownego leczenia za pomocą radium i leczenie za pomocą śniegu z kwasu węglowego bardzo ostrożnie stosowanego, za bardzo skuteczne.

Medizinische Klinik Nr. 15. Wiedeń, kwiecień 1910.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

O Skleroma. Podał Prof. Dr. Gesber w Królewcu.

Autor w formie klinicznego wykładu omawia wszelkie postacie kliniczne tego cierpienia, które zalicza do infekcyjnych granulomatów, przedstawia przebieg tej choroby jak niemniej wszelkie objawy służące do rozpoznania tejże i odróżniania od Lepry, Lupus, Lues i Tuberkulozy. Co do leczenia, to obok metody fizykalnej w postaci ucisku i rozszerzenia zajętych organów jakoteż chirurgicznej, podnosi autor bardzo korzystne wyniki, jakie osiąga się za pomocą radio i Röntgenoterapii w tem cierpieniu.

Medizinische Klinik, Nr. 7. Wiedeń, luty 1910.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

Przypadek wyleczenia Scleroderma circumscriptum za pomocą prądu Oudina. Podał Dr. A. Hersfeld w Nowym-Jorku.

Autor przytacza historię choroby jednej, 49 lat liczącej, pacjentki, cierpiącej od lat czterech na scleroderma circumscriptum, która wystąpiła w wielkości amerykańskiego dolara na powłokach brzusznych. Po bezskutecznym leczeniu przez lat 3 rozmaitego rodzaju maściami i środkami wewnętrznymi, zastosował autor prąd Oudina, przykładając szklaną wakuum elektrodę w postaci młotka bezpośrednio na zajęętą skórę. Posiedzenie wykonywał raz w tygodniu i prądów używał jak najsłabszych, a po 6-tem posiedzeniu zmieniona chorobowo skóra silnie się zaczerwieniła, i powstała erythema. Po usunięciu takowej za pomocą maści i pudru scleroderma zmniejszyła się do $\frac{1}{3}$ części i ustąpiła zupełnie z pozostawieniem małego zaczerwienienia skóry po zastosowaniu jeszcze 4 posiedzeń owego prądu.

Na podstawie tak dobrego wyniku, zachęca autor do dalszych prób leczenia tej choroby prądem Oudina.

Dermatologisches Centralblatt Nr. 5. Berlin, luty 1911.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

Unguentum Glycerini. Podali Dr. P. G. Unna i Dr. P. Unna (junior).

Autorzy po określeniu wszelkich właściwości dawniejszego Unguentum Glycerini jakoteż wszelkich stron dodatnich i ujemnych w działaniach takowego na skórę, podnoszą hygroskopiczne własności tej maści z powodu większej zawartości gliceryny w teje. Dla wyzyskania teje własności bez jakiegokolwiek ujemnego działania dawniejszego unguent. Glycerini, polecają nowy przetwórz składający się z gliceryny, zmieszanej z 20% Eucerium anhydricum. Nowe to unguentum Glycerini daje się łatwo użyć do zmieszania z wszelkimi rodzajami maści i pasty, gdyż nie wywiera najmniejszego wpływu na znajdujące się w tychże leki; działa nadzwyczaj hygroskopicznie i nadaje się bardzo do zastosowania rozmaitych lekarstwo-kosmetycznych zabiegów.

Medizinische Klinik Nr. 3. Wiedeń, styczeń, 1911.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

Sulfoform, nowy przetwórz siarkowy. Podał Dr. Maks Joseph w Berlinie.

Na 82-im Zjeździe niemieckich przyrodników i lekarzy w Królewcu ogłasza autor swe wyniki terapeutyczne, jakie uzyskał przy leczeniu chorób skórnych za pomocą sulfoformu, nowego przetworu siarkowego, uzyskanego na drodze syntezy przez chemika D-ra Ludwika Kaufmana w laboratorium Uniwersytetu berlińskiego.

Przetwórz ten przedstawia się jako białe igielki, bez zapachu, rozpuszcza się łatwo w alkoholu i olejach tłustych i posiada własność bardzo łatwego wydzielania siarki in statu nascendi, która występuje już przy dłuższym przechowywaniu 10% do 20% roztworów. Własność tę, odgrywającą tak wielką rolę w leczeniu chorób skórnych określił dokładnie Kaufman, wykazując, że cała ilość siarki w Sulfoformie przeobraża się w kwas siarkowy, który następnie zo-

staje związany z równocześnie uwolnionymi metalami zasadowymi. Terapeutyczne znaczenie tej redukcyjnej własności dla chorób skórnych określił już Unna, a wykazał doświadczalnie Brissow, za czym przemawiają tak częste spostrzeżenia, że przy stosowaniu przetworów siarkowych na skórę występują czasem objawy zadrażnienia skóry od kwasu siarkowego. Przy dalszych doświadczeniach nad sulfoformem stwierdził autor, że zapatrywanie Unny, określające zrogowacenie jako wynik procesu utleniającego, jest słuszne, i że przy nadmiernym utlenieniu powstają zrogowacenia patologiczne, a przy niedostatecznym utlenieniu zrogowacenie następuje powoli i daje powód do występowania rozmaitych cierpień skórnych, gdyż brak warstwy rogowej nie chroni dostatecznie skóry przed bodźcami mechanicznymi, chemicznymi i bakteryologicznymi. W procesach tych odgrywają również pewną rolę i wydzieliny skórne, jak wykazał Brissowa, szczególnie wydzieliny gruczołów potnych i łojowych przez swe katalityczne wpływy i tem tłumaczy autor destrukcyjne działanie wydzieliny Ekzemy i Pemphigus, występywanie pewnych chorób skórnych, jako następstwa zaburzeń przemiany materii, jak nie mniej korzystny wpływ diety bogatej w białka, i tłuszcze a ubogiej w sól przy wypryskach u osesków.

Środek ten stosował autor przez 1½ roku w rozmaitych postaciach Hyperkeratozy i najpierw z bardzo dobrym wynikiem przy Alopecia seborrhoica, przyjmując jako przyczynę cierpienia zapatrywanie Unny, a mianowicie nieprawidłowe zrogowacenie pochevek cebulek włosowych, jako następstwo nieprawidłowej hyperoxydacyi, przeciw której środki działające odtleniająco, a więc i Sulfoform stosować należy. Po opisie metody stosowania owego środka, podnosi autor nadér korzystne wyniki, jakie leczeniem tem osiągnął nie tylko w tem cierpieniu, lecz i w rozmaitych rodzajach wyprysków tak ostrych, jak i chronicznych, potem Impetigo contagiosa, Impetigo simplex i Pityriasis rosea. Środek ten stosuje autor w postaci 5% do 10% rozczyну oliwy lub 5% do 25% maści lub pasty i podaje 60% do 94% wyleczenia w podanych poprzednio chorobach, wyszczególniając jego korzystne działania z powodu 1) wytwarzania siarki in statu nascendi 2) możności rozpuszczania się tej siarki i działania tym sposobem na miejsca głęboko położone, 3) powstawania połączeń wytwarzającego się kwasu siarkowego i zapobiegania w ten sposób działaniu drażniącemu 4) braku wszelkiego działania intoksykacyjnego.

Dermatologisches Centralblatt Nr. 1 — 2. Berlin, październik i listopad 1910.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

Przyczynek do leczenia Lichen ruber. Podał Dr. Jerzy L u d a w Berlinie — Schöneberg.

Autor opisuje nową metodę leczenia Lichen ruber za pomocą stosowania bezpośredniego na pojedyncze guzki iskier elektrycznych z bieguna dodatniego zwykłej maszyny influenzyjnej i korzystne wyniki, jakie zauważył tak u siebie samego i kilku chorych przy stosowaniu tego leczenia. Ze względu jednak, że iskry elektryczne, przechodzące na skórę ze zwykłego guzika metalowego

zanadto skórę zadrażniają, skonstruował przyrząd, składający się z rurki porcelanowej z licznymi drobnymi otworami, przez które z rurki metalowej, umieszczonej w porcelanowej, przechodzą bardzo delikatne iskiere, jako też podobny przyrząd do otrzymywania tylko jednej iskry na pojedyncze guzki. Za pomocą tego leczenia, stosowanego przez dwa miesiące w 4 do 5 posiedzeniach, uzyskał autor wyleczenie tej choroby i zachęca do dalszych prób w tym kierunku.

Dermatologisches Centralblatt Nr. 2. Berlin, listopad 1910.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

Do wiadomości o osobliwym guzkowym wyrzucie skórny (Lichen nitidus Pinkus). Podał Dr. Siegfried.

Autor opisuje na podstawie dwóch przez siebie obserwowanych przypadków obraz klinicznych objawów i budowę histologiczną usadowionego na częściach rodnych cierpienia skórno, które zupełnie identyczne są z objawami, jakie opisał Pinkus przy Lichen nitidus. Następnie omawia wszystkie szczegóły, które posłużyć mogą do odróżnienia tego cierpienia tak makroskopowo, jak i mikroskopowo, od Lichen ruber planus.

Medizinische Klinik Nr. 30. Wiedeń, wrzesień 1910.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

Tymczasowe uwagi o nowej metodzie stosowania przetworu Ehrlicha-Haty „606“ przez skórę.

Autor opisuje nową metodę leczniczą, polegającą na wcieraniu słabo alkalicznego i z gliceryną rozmieszanego wodnego roztworu owego środka na pojedyncze, dokładnie oczyszczone i eterem od tłuszczone części skóry. Równocześnie stosuje ów środek w postaci rozcieńczonych roztworów wodnych do inhalacji za pomocą rozpylacza „B l o s e p t i a“. W ten sposób leczył z dobrym wynikiem trzech chorych.

Medizinische Klinik Nr. 52. Wiedeń, grudzień 1910.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

b) SYFILIS.

Dalsze doświadczenia nad sposobem zastosowania i dawkowaniem w leczeniu Ehrlichowskim. Podał Dr. G e n n e r i c h—Kiel.

Wstrzykiwanie podskórne zawiesiny bardzo słabo alkalicznej według Blaschki lub Wechselmanna nie prowadzi przy absolutnie jałowym i ostrożnym przygotowaniu i wstrzyknięciu do nacieków, wzmianki godnych. Wstrzyknięcie podskórne dlatego służy na pierwszeństwo przed śródmięśniowym, gdyż przy pierwszym można na naciek lepiej wpłynąć zabiegami zewnętrznymi.

Krótkotrwałość działania przy wstrzyknięciu śródżylnem nie jest wadą, raczej należy je dopełnić ewentualnie wstrzyknięciem drugim podskórnym, wykonanem po 3 tygodniach, lub wcześniej. 0,5—0,6 wystarczy w wczesnych przypadkach poronnych i we wszystkich drugorzędnych, gdzie dostatecznie przygotowano leczeniem rtęciowym, niezbyt dawno poprzedzającym. Drugie wstrzyknięcie podskórne jest potrzebne w przypadkach wczesnych z dłuższem wyleganiem (nad 40 dni) i we wszystkich innych przypadkach, w których wcześniejsze leczenie rtęcią lub wiek zakażenia już nie wywołały ilościowego ograniczenia zakażenia, uwidoczniającego się serologicznie. Ważnym przewodnikiem w leczeniu jest odczyn surowicy; najczęściej postępuje zachowanie się odczynu równoległe szybko ze stanem zakażenia. We wszystkich ciężkich przypadkach, szczególnie w kile złośliwej, poleca się wyłącznie i z góry zastosowanie intensywnego leczenia a mianowicie dwuczaskowego wstrzyknięcia wedle *Alta*. Chory ze zdrowym sercem znosi śródżylnie wstrzyknięcie 0,5 a następujące po 2 dniach podskórne wstrzyknięcie 0,6 dobrze Wyższość leczenia *Ehrlichowskiego* o we wszystkich okresach kiły nie ulega wątpliwości. Na przeszło 70 przypadków dostały tylko 3 złośliwe ponowną recydywę. Także pogorszenie w przypadku kiły mózgowej również należy tłumaczyć prawdopodobnie nawrotem. Ale i w tych przypadkach można powstrzymać sprawę chorobową za pomocą intensywnego dwuczaskowego sposobu wstrzykiwania. Do wydania ostatecznego sądu o wyleczeniu należy wszystkie przypadki klinicznie i serologicznie na razie jeszcze przez wiele lat kontrolować.

Berl. klin. Woch., 1910, Nr. 46.

Baschkopf (Kraków).

Uwagi chemiczne nad różnemi postaciami zastosowania 606 nad pozostawaniem arsenu w ustroju i wpływem na przeróbkę materji. Podał Dr. H o p p e—Uchtspringe.

Prawie każdy zakład ma swój własny rodzaj stosowania „606“ możnawprowadzić w postaci nierozpuszczonej i rozpuszczonej. Nierozpuszczone w t. zw. zawieszynie obojętnej i w połączeniu z parafiną według *Kromaiera*. Przy tej postaci nierozpuszczonej zostaje „606“ bardzo długo w ustroju i może prowadzić do przewlekłego zatrucia arsenikiem. W stanierozpuszczonym możemy wprowadzić jako rozczyzn kwaśny i alkaliczny. Rozczyn kwaśny działa bardziej trująco. Pozostaje rozczyzn alkaliczny z następowem emulgowaniem. „606“ rozpuszcza się w ługu sodowym według przepisu *Alta* i dodaje się wyjałowionej oliwy. Zalety są: zmniejszenie alkaliczności i bolesności i dostateczność mniejszej ilości płynu. Najidealniejszym sposobem, najbardziej zbliżonym do ideału *Ehrlicha* — *therapia magna sterilisans* — jest bezsprzecznie śródżylny. Zaleta: arsen wydziela się w stosunkowo krótkim czasie, nie może się tworzyć składu w ustroju, unika się więc niebezpieczeństw przewlekłego arse-nizmu. Wady: chorzy w pierwszych dniach pozostawać muszą pod ciągłą kontrolą, technika dosyć skomplikowana, tak, że praktyk trudno chyba zastosuje wstrzyknięcie śródżylnie. Bardzo wygodnemi dla przygotowania rozczynu alkalicznego do wstrzyknięcia śródmięśni-

wego z następowem emulgowaniem są rozczyiny lecytyny w oliwie w jałowych ampułkach. Otwiera się taką ampułkę i dodaje się jej zawartość do przygotowanego jasnego rozczyinu (wyrób Clin'a Berlin, Nettelbeckstrasse 26). Mamy przytem tę wielką korzyść, że substancya skuteczna działa w rozpuszczeniu — „corpora non agunt, nisi fluida“. Gdzie zostaje arsen w ustroju ludzkim? Tam, gdzie wytwarza się skład, więc szczególnie, gdy wprowadza się obojętną zawiesinę, nic wiedzieć nie możemy o bilansie arsenowym. Wydzielanie arsenu z moczem i kałem może wtedy być dawno ukończone, a przecież mogą być jeszcze ilości arsenu w ciele, prowadzące do przewlekłego arsenizmu. Inaczej przy wstrzyknięciu śródżylnem. Po 3—4 dniach zniknął arsen ze krwi zupełnie; nie jednak ze wszystkich narządów: najdłużej zostaje w wątrobie i szpiku kostnym. Także przy wstrzyknięciu alkalicznem możemy obliczyć bilans arsenowy, choć nie tak dokładnie, jak przy śródżylnem. Co się tyczy wpływu „606“ na przeróbkę materyi, to tylko jeden jest praktycznie bardzo ważnym. Jeśli arsen działa, we krwi następuje mnożenie się leukocytów, to znajdujemy znawsze bardzo znaczne powiększenie endogenicznego kwasu moczowego w moczu. Jestto powiększenie 2 i 3-krotne od zwykłej ilości. Skutkiem tego powinniśmy pouczyć chorych, skłonnych do skazy kwasu moczowego, że bóle stawowe, które kiedyś miewali, prawdopodobnie wzmożą się pod wpływem leczenia. „606“ daje jeszcze wiele problemów do rozwiązania, dopiero dojdziemy do celu gdy klinicy, chemicy fizyologiczni i anatomowie patologiczni będą razem dalej pracowali.

Dermatol. Zeitschrift, 1911, z. 2.

Baschkopf (Kraków).

W sprawie leczenia kily przetworem Ehrlicha „606“. Podał Prof. E. Lesser—Berlin.

L. donosi o doświadczeniach, które poczynił na 287 chorych w swej klinice dermatologicznej w Berlinie. Miejscowe objawy uboczne są bardzo rozmaite, stosownie do zastosowanej metody. Przykre zejścia z nekrozą arsenikalną i przebicciem przez skórę widywał L. tylko w przypadkach, leczonych według Wechselmanna i Michaelisa, natomiast nigdy po sposobie Alta. Bardziej, niż przy innych lekach, ma znaczenie sposób stosowania przy „606“ zarówno dla działania, jak i dla niepożądanych wpływów ubocznych. L. daje pierwszeństwo sposobowi Alta—rozczyin alkaliczny, który pod powyższymi względami wydaje mu się najlepszym. L. rozpuszcza lek w młynku (Kugelmühle) Alta z 10—12 ccm. gorącej wody, co osiąga się w kilku sekundach przez silne wstrząsanie. Następnie na 1 decigram przetworu dodaje się 1/2 ccm. normalnego ługu sodowego, zakłóca się, wlewa się do kieliszka i po ponownem zakłóceniu z kilkoma ccm. gorącej wody dodaje się resztę. Następnie wśród mieszania dodaje się jeszcze kilka kropel normalnego ługu sodowego, nie aż do zupełnego rozpuszczenia, lecz prawie do zupełnego rozpuszczenia, gdyż chorzy najlepiej znoszą wstrzykiwanie, jeśli płyn jest jeszcze nieco zmacony lekką zawiesiną. Najściślejsza aseptyka jest sama przez się zrozumiała. Wstrzykuje się zawsze w mięśnie pośladowe. Sposób Wechselmanna i Michaelisa

elisa, dawniej stosowany, obecnie Lesser porzucił z powodu niebezpieczeństwa nekrozy. Zawiesina w płynnej parafinie, względnie w oliwie (Kromayer i Volk) i użycie w roztworze kwaśnym, poprostu w gorącej wodzie (Taeger i Duhot) zdają się być bardzo odpowiednimi metodami ze względu na wielką swą prostotę. Tymczasem zauważył L. po zastosowaniu zawiesiny parafinowej, która zresztą też nie jest niebolesną, powolniej występującą działaniem, które też jest słabszym i względnie często przychodzi do nawrotu wczesnego. Po odczynie kwaśnym są miejscowe objawy odczynu przeważnie bardzo intensywne. Wobec tego oddaje pierwszeństwo sposobowi Alta. Wsyrzykuje 0,5—0,6, pomijając nieliczne przypadki, w których dla ostrożności trzeba stosować mniejszą dawkę. Wśródźlnie L. jeszcze nie wstrzykiwał, bo to sposób dający do myślenia, a powtórę prawdopodobnie środek tak prędko się wydzielający, iż działanie mogłoby być słabsze. Polecają też łączenie wstrzykiwania śródźlnego z sposobem zwyczajnym. Zresztą nie należy wobec nowego leku zapomnieć, żeśmy dotychczas posiadali wybornie wypracowane leczenie kılı: rtęcią i jodem, które są znakomitymi środkami do zwalczania kılı. L. mówi to z naciskiem chorym, mianowicie poprzednio już leczonym, gdyż mogliby sądzić, iż całe mozolne i nieprzyjemne leczenie, które dotychczas musieli przebyć, jest bezużyteczne lub nawet szkodliwe. Leczenie przetworem Ehrlicha musimy uważać co prawda za bardzo skuteczne, w wielu przypadkach skuteczniejsze, niż dotychczas stosowane, a niekiedy nieskończenie przewyższające leki znane, tu zawodzące, ale może ono przecież tylko być pojedynczym ogniwem w szeregu kuracji, odpowiednio zapatrywaniu, iż Fourniera leczenie przewlekłe z przerwami jest najpewniejszą drogą do wyleczenia kılı. Nie zmniejsza to zasługi Ehrlicha, któremu należy się wdzięczność za wykrycie leku nowego, niezwykle skutecznego, często daleko przewyższającego wszystkie dotychczas znane środki przeciwkılıowe w zadziwiającej systematycznej pracy.

Dermatolog. Zeitschrift, 1910, z 12.

Baschkopf (Kraków).

O leczeniu chorób parakılıowych i późnokılıowych salwarsanem. Podał Prof. Alt—Uchtspringe.

Co do techniki leczenia świeżej kılı, poleca A. oddawać „strzał główny“ śródźlnie, a po 2—3 tygodniach, kiedy wydzielanie śródźlnie już na pewno ukończone, do pozostałych jeszcze osłabionych krętków wypalić ostatni strzał za pomocą śródmięśniowego alkalicznego wstrzyknięcia. Z szeregu późnych postaci przytacza A. padaczkę na tle kılı. Padaczka pokılıowa wcale nie jest tak rzadką. Tu przynajmniej w 50% przypadków osiągnął A. zniknięcie odczynu Wassermann'a. Należy jednak obok „606“ dalej stosować leki, powstrzymując kurcz. Także przez używanie fibrolizyny po zastosowaniu „606“ widzimy dobre wyniki. Nadzwyczaj wdzięcznym jest leczenie za pomocą „606“ kılı mózgu we wszystkich jej postaciach szczególnie w postaciach świeżych, ale i późnych. Co się tyczy porażenia postępującego, to przysyłali mu—i to nawet neurologdy—przypadki jako porażenie postępujące, które w rzeczywistości były

tylko kiałą mózgową z objawami paralitycznymi. W wielu z tych przypadków uzyskał A. daleko sięgającą poprawę. Dlatego trzeba w każdym przypadku badać, kiedy choroba się rozpoczęła. Jeżeli pierwotna choroba datuje się nie dawniej, niż 12 lat, to bynajmniej nie jest porażenie postępujące. Jeżeli więc mamy do czynienia z objawami podobnymi do porażenia postępującego, które wystąpiły w 4 lub 5 lat po zarażeniu, to można być pewnym, że to nie jest parażenie, a wtedy widoki leczenia są dosyć korzystne. Z właściwym parażeniem trzeba być bardzo ostrożnym: tylko w najwcześniejszym okresie można osiągnąć szczególniejszą poprawę. To samo tyczy się wiądu rdzenia: w okresie jego początkowym widywał A. zupełnie nadzwyczajnie daleko idące polepszenia. Odczyn Wassermann na znalazł A. w porażeniu postępującem dodatniem w blisko 100%. Co do dawki, to rzadko tylko przekracza A 0.4 w alkalicznym roztworze, chyba u ludzi bardzo silnych, zresztą nigdy. Z tego widzimy, że jak w świeżej kiele stwierdzić można wyraźnie działanie swoiste „606“, tak i w należycie dobranych późnych postaciach kily swoiste działanie nie ulega wątpliwości. Jeżeli środek Ehrlicha nie może prowadzić do zupełnego wyleczenia, to tego przyczyną jest najczęściej daleko posunięte zniszczenie tkanki nerwowej. Neurologdy i psychiatry powinni żywić najgorętszą wdzięczność dla Ehrlicha za podanie leku w tak rozpaczliwych chorobach.

Dermatol. Zeitschrift, 1911, z. 2.

Baschkopf (Kraków).

Leczenie kily przetworem Ehrlich-Hata „606“. Podał Dr. Karol Junkerman.

Autor podaje, że wyniki leczenia 25 przypadków, których historię choroby przytacza, okazują, że korzyści przy stosowaniu tego środka są wielkie, szkodliwe zaś uboczne działanie bardzo małe tak, że środek ów do dalszego stosowania bardzo poleca.

W każdym przypadku przeprowadzał wśród badanie moczu, badanie dna oka, oraz badanie bakteryologiczne na *Spirochaete pallida* i zaznacza, że dopiero dalsze obserwacje mogą rozstrzygnąć, o ile nie będą pojawiać się u chorych nawroty choroby, i jaki wpływ będzie miało to leczenie na reakcję Wassermann'a.

Medizinische Klinik. Nr. 35. Wiedeń, wrzesień 1910.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

Dotychczasowe spostrzeżenia nad leczeniem przetworem Ehrlicha „606“. Podali Dr. Braendle i Dr. Clingestein.

Autorzy podają wyniki leczenia i obserwacji 27 przypadków. Ciepłota ciała po wstrzyknięciu neutralnej zawiesiny pozostawała prawidłową, reakcja zaś Herxheimera występowała w połowie przypadków. Objawy uboczne występowały ze strony systemu nerwowego w małym stopniu, więcej ze strony narządu naczyniowego, jak podwyższenie ciśnienia krwi wkrótce po wstrzyknięciu od 2-go lub 3-go dnia małe przyspieszone tętno, przejściowe objawy kollapsu; dalej objawy intoksykacji, jak bóle głowy, podrażnienie do wymiotów, zawroty głowy, wysypki na skórze i białkomocz, natomiast zmian ze strony nerwu ocznego nie było. U przeważnej części

chorych występowała silna hyperleukocytoza i przyrost na ciężar ciała, wynoszący 3—7 kgl. w kilku tygodniach. Wyniki leczenia były u niektórych chorych dobre, u innych znowu mniej zadowalniające, a reakcja Wassermanna po zastosowaniu 0.30 do 0.40 owego środka nie dawała nigdy wyniku ujemnego. U czterech chorych przyszło po 3-ch tygodniach do nawrotu choroby. Ze względu zaś na pozostałości arsenu w bliżnie przestrzegają autorzy przed dalszem stosowaniem owego przetworu u tych samych chorych.

Medizinische Klinik Nr. 34. Wiedeń, wrzesień 1910.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

Dalsze doniesienia o działaniu arsenobenzolu Ehrlicha przy kile. Podał Dr. K. Herxheimer i Dr. K. Schonfeld.

Autorzy ogłaszają wyniki leczenia owym środkiem 130 przypadków, przyczem opisują dokładnie przebieg choroby po zastosowaniu tego środka w niektórych cięższych przypadkach tej choroby. Najlepsze wyniki zauważyli w przebiegu Lues maligna i w postaciach trzeciorzędnych, jak niemniej przy kile nerwów i kości. Dalej podają, że spirochaety znikaly po jednym lub dwóch dniach po wstrzyknięciu, reakcja Herxheimera zaś na 21 przypadków wystąpiła z razy z wysypką. Co do nawrotów choroby, to po 3½ miesięcznej obserwacji zauważyli autorzy lekki nawrót w jednym przypadku.

Medizinische Klinik. Nr. 36. Wiedeń, wrzesień 1910.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

O Azurołu jako środka leczniczym kily. Podał Dr. K. F. Hoffman.

Autor stosował ten środek w 40 przypadkach kily w postaci wstrzykiwań podskórnych z ccm. 5% roztworu co drugi dzień wykonywanych. W przedstawionych historych chorób widocznym jest korzystne działanie i szybkie ustępowanie zmian chorobowych. Aby jednak zapobiedz nawrotom chorobowym uzupełniał autor leczenie wstrzykiwaniami oleju szarego, które po ustąpieniu zmian kilowych wykonywał. Przy leczeniu tem zauważył autor, że już po pierwszym wstrzyknięciu azurołu liczba leukocytów znacznie się powiększała, nacieków zaś zapalnych lub zapalenia dziąseł nigdy nie obserwował.

Medizinische Klinik. Nr. 27. Wiedeń, lipiec 1910.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

Dwa przypadki resuperinfekcji. Podał Prof. F. Zelenew w Charkowie.

Autor opisuje dwa przypadki resuperinfekcji jakie spostrzegął w praktyce prywatnej w przeciągu trzech miesięcy 1909 roku i zaznacza, że zjawisko to występuje dosyć często, tylko uchyla się z pod obserwacji lekarskiej. W pierwszym przypadku wystąpiła resuperinfekcja po trzech latach nieleczonej kily pierwotnej z charakterystycznym stwardnieniem pierwotnym, w którym wykazano krętki blade, ogólnym obrzękiem gruczołów i dodatkiem oddziaływaniem reakcji Wassermanna, poczem we właściwym czasie okazały się objawy drugorzędne. Z objawów poprzedniej kily były tylko blizny

po uleczonych wrzodach i zdaniem autora nabawił się chory owego drugiego zakażenia od swej żony, która zarażona pierwszą kiłą męża, okazywała rozległe zmiany na całym ciele.

W drugim przypadku chory leczony był energicznie za pomocą wstrzykiwań Hydrargirum bibromaticum i jodku potasu przez dwa lata, gdyż z powodu kacheksyi i nadużywania alkoholu zmiany chorobowe utrzymywały się uporczywie, a kiedy ustąpiły, pojawiło się u chorego stwardnienie pierwotne ze wszystkimi objawami kiły pierwszo i drugorzędnej w dwa lata po pierwszym zakażeniu.

Przebieg choroby nic charakterystycznego nie przedstawia, prócz, że w drugim przypadku obok zmiany pierwotnej na członku, zauważył autor dwa małe guzki, analogiczne do zmian występujących na skórze przy reakcyi Pirqueta jako objawów respec. infekcyi przy gruźlicy. Z powodu nadużywania alkoholu przez chorego guzki te przeobraziły się później w zgorzelinowe zapalne wrzody pierwotne, które przybrały swe prawidłowe wejście, kiedy chory zaprzestał nadużywać napojów alkoholowych i po właściwem leczeniu ustąpiły.

Opierając się na tych przypadkach, jak nie mniej na dodatnim wyniku reakcyi Wassermanna, jaki wystąpił bezpośrednio po ukazaniu się powtórnej zmiany pierwotnej, wypowiada autor zdanie wbrew mniemaniu wielu badaczy, jak Neissera i innych, że przy trwaniu pierwotnego zakażenia i druga infekcyja jest możebną.

Dermatologisches centralblatt Nr. 4. Berlin, styczeń 1911.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

Modyfikacya reakcyi Wassermanna według Hechta i Wechselmana. Podał Dr. K. F. Hoffmann.

Autor podaje, że modyfikacya Hechta jest prostsza, pewniejsza i wyraźniejsza, niż reakcyja Wassermanna i nadaje się do celów klinicznych tak samo, jak poprzednia przy uwzględnieniu wszelkich w rachubę wchodzących faktów: Gdy owe metody zawiodą należy użyć jeszcze do badania reakcyi Wechselmana.

Medizinische Klinik Nr. 33. Wiedeń, wrzesień 1910.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

Do techniki wstrzykiwań śródżylnych przetworu Ehrlich-Hata. Podał Dr. Hans Assmy.

Autor opisuje przez siebie podane a przez firmę Loewensteina w Berlinie wyrabiane etui do wśródżylnych wstrzykiwań owego przetworu, które umożliwiają przy zastosowaniu ściślejszej aseptyki stosowanie w ten sposób owego przetworu każdemu lekarzowi praktycznemu.

Medizinische Klinik. Nr. 48. Wiedeń, listopad 1910.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

Przypadek drugorzędnej, wrzodziejącej kiły. Pogorszenie po arsenobenzolu, natychmiastowe polepszenie po Hydrargyrum oxycyanatum. Podał Dr. Artur Strauss.

Autor opisuje, że 24-letniego chorego, który odbył 3 tury leczenia za pomocą wstrzykiwań z Hydrargyrum salicylicum i Calomelu

pojawił się wrzodziejący syfilis w nosie, który przy leczeniu za pomocą Arsceetiny i przetworu Haty Ehrlicha znacznie się pogorszył. Reakcja Wassermana dała wynik dodatni. Po zastosowaniu 3-ch wstrzyknień 1% roztworu Hydrargyrum oxycyanatum i miejscowego leczenia za pomocą kalomelu nastąpiło wyleczenie.

Medizinische Klinik Nr. 49. Wiedeń, listopad 1910.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

Prosta metoda do wytwarzania emulsji dioxydiamidoarsenobenzolu (Ehrlich) Podał Dr S. Jessner.

Autor poleca wstrzykiwanie wśródmięśniowe otrzymanej według następującego wzoru za pomocą igły: Arsenobenzoli 1.0 tere exactissime cum Sol. Natrii bicarbonici saturati ster. 4.0 ut f. emulsio; adde Sol. Natrii chlor. physiolog. ster. 5.0. Zawiesina taka da się przez kilkanaście godzin bez zmiany utrzymać.

Medizinische Klinik. Nr. 49. Wiedeń, listopad 1910.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

Do leczenia trzeciorzędnej kiły Arsenobenzolem Ehrlicha. Podał Dr. Jan Fabry.

Autor przedstawia historye chorób z 21 przypadków ciężkiej trzeciorzędnej kiły, leczonych owym przetworem, z których wynika, że działanie arsenobenzolu było bardzo korzystne, zmiany anatomiczno-patologiczne ustępowały w bardzo krótkim czasie, i nawroty do pięciu miesięcy nie pojawiły się.

Medizinische Klinik. Nr. 50. Wiedeń, grudzień 1910.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

O przejściowym schorzeniu włókien nerwowych Nervus vestibularis u chorych, leczonych przetworem Ehrlich-Hata „606“. Podał Dr. Oskar Beck.

Autor ogłasza o schorzeniu włókien nerwowych Ramus vestibularis Nervi octavi w czterech przypadkach po zastrzyknięciu przetworu Ehrlicha „606“ i całkowitej restitutio ad integrum. Przy krytycznym zbadaniu owych przypadków okazało się w trzech razach schorzenie to jako koincydencja z reakcją Herxheimera. Objawy ten uważać należy zdaniem autora za powyższą reakcję w zakresie Nervus oktavi, powodującą obrzęk włókien i tym sposobem przejściowe uszkodzenie nerwów.

Medizinische Klinik Nr. 50. Wiedeń, grudzień 1910.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

O doświadczeniu uzyskanem przy podskórnem i wśródmięśniowem stosowaniu przetworu Ehrlicha „606“. Podał Dr. Reinhold Ledermann.

Autor ogłasza wyniki swych spostrzeżeń i doświadczeń leczonych w ten sposób 87-u chorych owym przetworem

Medizinische Klinik. Nr. 50. Wiedeń, grudzień 1910.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

Leczenie kiły nowym środkiem arsenikalnym Ehrlich-Hata „606“. Podał Dr. Erich Hoffman.

Rozwój nowej metody leczniczej opiera się na doświadczeniach, jakie uczyniono z Atoksylem na zwierzętach; systematyczne zaś badanie Ehrlicha nad Atoksylem Arsacetylą i Arsenophenylglycyną doprowadziły do wynalezienia przetworu „606“. Stwierdzono, że wpływ tego środka na zmiany kiłowe i spirochaete, znajdujące się w wydzielinach ze zmian kiłowych na powierzchni ciała, jak również na reakcję Wassermanna, jest nadzwyczaj korzystny. Zdaniem autora, należałoby stwierdzić, czy to samo korzystne działanie wywiera ów środek i na soki z tkanek, w głębi ciała położonych i czy za pomocą takowych można kiłę przeszczepić na króliki. W tym kierunku badania autora jeszcze nie są ukończone.

Następnie podnosi autor możliwość zapobiegawczego działania owego środka i poleca we wskazanych przypadkach obok tegoż stosować energicznie rtęć, gdyż podobne leczenie może mieć wiele widoków działania zapobiegawczego. We wszystkich przypadkach, gdzie rtęć i jod nie działają, lub źle bywają znoszone, należy przetwórz ów stosować. Szczególną wagę kładzie autor na wykazanie i późniejsze zachowanie się spirochaetów przy owem leczeniu, gdyż sam Ehrlich określa działanie i skutki lecznicze owego środka według wpływu tegoż na zniszczenie spirochaetów.

Medizinische Klinik. Nr. 33. Wiedeń, sierpień 1910.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

Arsenozoster po wśródzylnem wstrzyknięciu Salvarsanu. Podał Dr. Ludwig Mayer.

Autor opisuje, że po wśródzylnem wstrzyknięciu 0.30 Salvarsanu pojawił się typowy Herpes zoster z nagle występującymi lecz krótko trwającymi bólami. Zmiana ta zdaniem autora świadczy niewątpliwie za działaniem neurotropicznym preparatu.

Medizinische Klinik Nr. 3. Wiedeń, styczeń 1911.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

O sporządzaniu gotowych do użycia rozczyńńw Dioxydiamidoarsenbenzoloowych (Ehrlich-Hata 606) Podali Dr. Henryk Citron i Dr. Paweł Malzer.

Autorzy podają następujący sposób: Do wyjałowionej strzykawki Rekorda mającej 10 ctm. objętości i zakończonej stożkowato, wsympują odpowiednią dawkę przetworu i zwilżają takcwę kilkoma kroplami alkoholu. Następnie wlewają wodę przekroploną do pewnej podziałki i po założeniu tłoczka wstrząsają tak długo strzykawką, dopóki cała treść nie stanie się jasną i po dodaniu 40 kropli 10⁰/₀ zawiesiny węglanu wapniowego w rozczyńnie fizyologicznym soli kuchennej i dalszem wstrząsaniu strzykawki uzyskują płyn gęsty, podobny do smietany w ilości 5 do 6.50 ccm., który wstrzykują w okolicę pośladkową.

Medizinische Klinik Nr. 39. Wiedeń, październik 1910.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

Dodatek do techniki leczenia przetworem Ehrlich-Hata 606. Podał Dr. Karol J u n k e r m a n.

Autor podaje następujący sposób: Po wyjąłowieniu potrzebnych przedmiotów w przyrządzie Ostwalda nalewa do lejka miareczkowanego; w którym znajduje się kilka paciorków szklanych 6 ccm. wody przekroplonej i wsypuje przetwór „606“. Po kilkakrotnem wstrząśnięciu, dopóki rozczyń nie stanie się jasnym, dolewa kroplami tak długo 15% ług sodowy, dopóki tworzący się z początku osad nie rozpuści się. Po odlaniu tego płynu do wyjąłowionego naczynia, opłukuje jeszcze 2-oma ccm. wody przekroplonej paciorki szklane, aby pozostałe części przetworu na tychże uzyskać, i w ten sposób otrzymuje 10 ccm. gotowego do wstrzykiwań rozczyń.

Medizinische Klinik Nr. 40. Wiedeń, październik 1910.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

Wpływ korzystnego oddziaływania surowicy chorego, leczonego przetworem Ehrlich-Hata 606 na dziedziczne kiłę obciążonego oseska. Podali Dr. M a j z o w s k i i Dr. H a r t m a n.

Autorzy podają korzystne wyniki leczenia, jakie otrzymali w przypadku dziedzicznej kiły u oseska, któremu zastrzyknięto surowicę chorych, leczonych z powodu drugorzędnych objawów kiłowych na 2 do 14 dni przedtem przetworem Ehrlicha-Haty. Następnie podają, że korzystne działanie tłumaczyć sobie można albo wskutek zawartości w surowicy arsenu, chociaż, jak wykazały badania, znajduje się on w bardzo małej ilości, lub działaniem antitoksyn, które, powstając w surowicy leczonych chorych jako reakcja po zniknięciu krętków bl. powodują tym sposobem uwolnienie się endotoxynów.

Medizinische Klinik Nr. 40. Wiedeń, październik 1910.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

Dodatek do leczenia kiły przetworem Ehrlich-Hata 606. Podał Dr. Oskar S a l o m o n.

Autor zdaje sprawozdanie z leczenia tym przetworem 31 przypadków, między którymi kilka okazywało bardzo złośliwy przebieg kiły. W 30 przypadkach uzyskał bardzo dobry wynik i tylko w jednym leczenie okazało się bez skutku. Dawkę 0,60 g. stosował według metody Herxheimera w mięśnie pośladowe bez jakichkolwiek ubocznych zaburzeń.

Medizinische Klinik Nr. 42. Wiedeń, październik 1910.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

Działanie przetworu Ehrlicha na proces syfilityczny. Podał Dr. E. M e j r o w s k y.

Autor podaje, że na podstawie obserwowanych 80 przypadków, uważa środek ów jako specyficznie działający przeciw kile i przytacza niektóre bardzo charakterystyczne historie chorób. Uważa przecież za potrzebne leczenie to uzupełnić za pomocą jodu i rtęci, by pozostała reszta krętków białych usunąć. Do przeprowadzenia leczenia za pomocą przetworu Ehrlicha uważa metodę Frankfurckiej kliniki za najodpowiedniejszą.

Medizinische Klinik Nr. 42. Wiedeń, październik 1910.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

O środku przeciw kile Ehrlicha. Podali Dr. Maks Joseph i Konrad Siebert.

Autorzy postawili sobie za zadanie stwierdzić, czy środkiem owym można osiągnąć w rzeczywistości ową *Therapia magna sterilisans*, dla której został takowy wynaleziony, czy też stworzy tenże dla leczenia kiły tylko drogę pośrednią pomiędzy dawniejszem leczeniem rtęciowem, a ową nową metodą. W tym celu stosowali środki ów u 65 chorych i ogłaszają obecnie otrzymane spostrzeżenia.

Po opisanu techniki przygotowania zawiesiny owego przetworu według metody Wechselmana, którą uznają za najlepszą, gdyż jako obojętna sprawia chorym najmniej dolegliwości oraz techniki wstrzykiwania, podają, że najodpowiedniejszym miejscem do wstrzykiwania jest skóra grzbietu poniżej dolnego kąta łopatki, gdyż wytworzony naciek nie przeszkadza chorym w chodzeniu, jak niemniej jeśli się potrzeba okaże w stosowaniu wcierań rtęciowych. Wysokość dawki oznaczają od 0,30 do 0,50 gr., gdyż po mniejszych nie uważali żadnych wyników. Z objawów ubocznych w jednym tylko przypadku wystąpiła miejscowa, ograniczona zgorzel skóry bez żadnych następstw dla chorego, bóle zaś i gorączka zazwyczaj o bardzo słabem nasileniu do 3 lub 4 dnia ustępowały zupełnie.

Co do spostrzeżeń leczniczych, to w 6-u przypadkach pierwszorzędnej kiły wrzód pierwotny goił się od 9-u do 20-u dni, lecz pomimo tego gruczoly pachwinowe ulegały obrzękowi i stwardnieniu, a objawy drugorzędne występowały we właściwym czasie tak na skórze, jak i błonach śluzowych, tylko w mniejszem nasileniu. W przypadkach świeżych kiły drugorzędnej zauważyli autorzy zaraz 1 lub 2 dnia reakcyę Herxheimera, a po 4-ch dniach znikanie zupełne wysypki i gojenie się lepiejzy błony śluzowej, lecz już po 3-ch do 4-ch tygodniach ukazywały się nawroty choroby i to z większem nasileniem, jak świadczą o tem przytoczone dwie historye chorób.

W 5-ciu przypadkach *Psoriasis syphilitica* zmiany ustępowały od 6-u do 10-u dni zupełnie, lecz w dwóch przypadkach przyszło również do recydywy. Natomiast żadnego działania nie okazywał ten przetwór w 2-ch przypadkach guzkowatego syphilidu na owłosionej skórze głowy, pomimo że inne objawy kilowe w krótkim czasie po wstrzyknięciu ustąpiły zupełnie i tylko w jednym, później leczonym, przypadku uzyskali po 3-ch tygodniach zupełne wyleczenie. Również wrzodziejący kilak na podniebieniu miękkim uległ prędkiemu zagojeniu się z pozostawieniem perforacyi, jak niemniej dwa przypadki późnych krostkowych i guzkowych syfilidów na skórze.

W okresie kiły utajonej, połączonej z silnymi bólami głowy lub ogólnem charłactwem, otrzymywali autorzy również bardzo dobre wyniki, a w jednym przypadku zauważyć mogli zmobilizowanie procesu ukrytego, gdyż w 10 tygodni później wystąpiła *Psoriasis syphilitica* na ręce, jak tłumaczy Ehrlich, wskutek drażnienia *spirochaetów* z powodu zastosowania zamałej dawki. W 4-ch przypadkach *Tabes* i 3 *Paralysis progressiva* w samym początku choroby przetwór ten wywołał tylko polepszenie podmiotowe, podczas gdy objawy przedmiotowe pozostały bez zmiany i tylko w jednym przypadku *Paralysis progressiva* zaczęła źrenica lepiej oddziaływać na światło, przy kile zaś mózgu polepszenie było wyraźne, gdyż porażenie *nervi abducens* i brak czucia w odnośnej partyi skóry ustąpiło po 10 dniach

zupełnie. Tak samo w dwóch przypadkach periostitis luetica na kościach podudzi wyleczenie nastąpiło zupełnie, natomiast w wrzodziejącym kilaku skórny i guzkowo wrzodziejącym syfilidzie działania korzystnego nie było. W przypadkach kily dziedzicznej uzyskali zaś autorzy bardzo korzystne wyniki.

W innych cierpieniach, jak Lichen ruber planus i Psoriasis vulgaris, nie okazał środek ów żadnego działania. Niedostateczne działanie zaś w wyż. przytoczonych cierpieniach kilowych tłumaczą sobie autorzy z jednej strony niedostateczną dawką, gdyż z początku używali tylko 0,30 gr. jak niemniej, że objawy długo trwające opierają się tego rodzaju leczeniu. W każdym razie uważają przetwórcę ten jako cenny nabytek do leczenia kily, a dłuższe dopiero obserwacje mogą wykazać, o ile skutki tegoż okażą się trwałe, albowiem podobne wyniki można już było uzyskać i przedtem za pomocą rtęci i jodu.

Przy końcu nadmieniają, że przystępują obecnie do dalszych doświadczeń stosowania owego przetworu wsródźlnie, tak gorąco przez Ehrlicha polecanego, i wyniki swe również ogłaszają.

Dermatologisches Centralblatt Nr 3. Berlin, grudzień 1910.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

Doświadczenia po zastosowaniu środka Ehrlicha-Haty 606 przeciw kile.
Podał Dr. W. We in t r a u d.

Po wstępnem omówieniu obecnej chemoterapii opisuje autor sposoby stosowania owego przetworu, który używał według metody Alta w silnie skoncentrowanych roztworach, jako iniekcje wsródmieśniowe lub według metody Iwersena w silnym rozcieńczeniu, jako infuzye wsróźdźlne lub wreszcie jako nierozpuszczalne zawiesiny według rozmaitych podanych metod. Leczył w ten sposób 180 chorých z rozmaitymi zmianami kilowemi z bardzo korzystnym wynikiem, w żadnym przypadku środek ów nie zawiódł. Z 84 przypadków świeżych zmian drugorzędnych, 14 razy przyszła recydywa. Z 77 przypadków badanych na reakcyę Wassermanna, 37 razy reakcyja po jednorazowym wstrzyknięciu przemieniła się i pozostała ujemną. W przebiegu kily organów wewnętrznych otrzymywał autor również korzystne wyniki, tylko w metaluetycznych procesach centralnego systemu nerwowego skutków nie było żadnych.

Medizinische Klinik Nr. 43. Wiedeń listopad 1910.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

Doświadczenia nad metodą Dungereńską badania reakcyi kilowej w godzinie ordynacyjnej. Podał Dr. S c h o l t z.

Autor zwraca uwagę, że metoda Wassermanna tak pod względem leczniczym, jak i prognostycznym, nie ma żadnego znaczenia i posiada tylko w pewnym stopniu wartość rozpoznawczą. Z tego powodu, metoda Dungereńska nadaje się więcej dla celów praktycznych, albowiem liczne badania kontrolne wykazały, że i w dwóch pozostałych kierunkach posiada takowa pewne znaczenie.

Medizinische Klinik Nr. 27. Wiedeń, lipiec 1910.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

O wpływie leczenia Zittmanowskiego na wyniki reakcy Wassermanna. Podał Dr. Karol Stern.

Autor podaje, że z leczonych 14 przypadków kiły tą metodą zaledwie w jednym można było uzyskać przemianę reakcyi z dodatniej na ujemną i odpowiednio do tego zachowywały się również i objawy kliniczne.

Medizinische Klinik Nr. 23. Wiedeń, czerwiec 1910.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

O osobliwych zjawiskach przy reakcy Wassermanna. Podał Dr. E. Mejrowski.

Autor reasumuje 1. Wynik reakcyi Wassermanna nie jest tylko zawisłym od zawartości w surowicy ciał reakcyjnych, lecz również od nieznanych właściwości Koideg'a z użytych do badania części składowych objektu, do tego stopnia, że ta sama surowica, dająca przy pierwszym badaniu dodatnie wyniki, później dać może ujemne lub przeciwnie. Z tego wynika, że przy pomocy obecnej metodyki nie jest możebnem oznaczyć ilościowo ciała reakcyjne w surowicy i takowe oznaczyć za pomocą wyrazów, „silnie“ lub „słabo reagujących“. 2) Ze względów praktycznych byłoby bardzo porządkiem podzielić surowice na 3 grupy, a mianowicie na surowice o stałej zawartości ciał reakcyjnych i stałej dodatniej reakcyi, na surowice o zmiennej zawartości owych ciał, dające zmienne wyniki reakcyi, i na surowice, w których nie dają wykazać się owe ciała ze stałym ujemnym wynikiem reakcyi. Wpływ leczenia powinien zaznaczyć się w ten sposób, że przypadki z grupy pierwszej powinny przemienić się w grupę drugą, a następnie trzecią. 3) Ze względu, że i najlepsze wyciągi nie okazują zawsze jednakowego wstrzymującego działania, należy reakcyę dopiero wtenczas za dodatnią uważać, jeśli wyniki podobne z kilku wyciągami nastąpią. 4) Wynik reakcyi dopiero wtenczas należy uważać za ujemny, jeśli surowica przy kilkakrotnych badaniach podobne wyniki okaże. 5) Przy surowicy o zachowaniu się zmiennem jest dodatni wynik reakcyi miarodajny dla rozpoznania i leczenia. 6) Wątpliwy wynik reakcyi należy przyjąć wówczas, jeśli przy kilkakrotnem badaniu, działanie wstrzymujące wystąpi tylko do połowy. Bardzo często się zdarza, że podobnie wątpliwa surowica przy następnych badaniach okazuje dodatnie lub ujemne wyniki reakcyi.

Medizinische Klinik Nr. 24. Wiedeń, czerwiec 1910.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

c) UROLOGIA.

Rozpoznanie spraw zapalnych w przewlekłych zapaleniach cewki moczowej. Podał Iean Baur.

W urethritis chronica następuje skutkiem sprawy zapalnej przemiana przybłonka wałeczkowego w płaski i przemiana mięśni. Skut-

kiem przerostu gładkich włókien mięsnych, a szczególnie hyperplazji tkankolącznowej ulega cewka stwardnieniu, mięśnie stają się bezwładne, tracą kurczliwość i elastyczność, a światło cewki w prawidłowym stanie niewidoczne staje się rzeczywistym. Mocz orzechodzi powolniej przez zmieniony kanał i nie wypróżnia się do ostatniej kropli. Krople te, które kiedyindziej przy ścisłem przyleganiu ścian (co teraz już nie może nastąpić) po moczeniu zostają mechanicznie wyciśnięte, pozostają w niepodatnym kanale. Mocz ten, pozostający w cewce po ostatniem oddawaniu moczu w nocy, staje się nośnikiem wydzieliny ropnej, wytwarzającej się w ciągu nocy, staje się „kropłą ranna”. Jeśli rano przed pierwszym moczeniem lub za dnia 5—6 godzin po ostatniem moczeniu wstrzykuje się beznilnie kilka kropel wody przegotowanej lub fizyologiczny roztwór soli kuchennej za pomocą kateteru do części cewki, w której podejrzujemy zmiany zapalne i skąd mieć chcemy materiał do badania, a następnie lekkiem mięsieniem wygnieciemy kroplę, otrzymamy także w przypadkach, w których już niema wydzieliny, ani nitek, materiał do cytologicznego badania. Wstrzyknięty płyn wraca zawsze zmieniony, opalizując. Stosownie do stanu cewki, okazuje mikroskop różnice, jeśli błona śluzowa nie była nigdy poprzednio chora, znajdujemy tylko prawidłowy przybłonek wałeczkowy, nigdy przybłonek płaski, nigdy leukocyty, więc tylko objawy prawidłowego złuszczenia się przybłonka. Jeżeli zaś chory miał rzeżączkę (np. przed 3—4 miesiącami i chce się żenić), to widzimy pod drobnowidzem: a) komórki przybłonkowe rozlane, brak przybłonka płaskiego, leukocytów wielo- lub jednojądrzastych, jeśli nastąpiło wyleczenie rzeżączki bez zmiany błony śluzowej; b) nieliczne przybłonki wałeczkowe i płaskie, brak leukocytów: rzeżączka dłużej trwała, zmieniła częściowo przybłonek, nie ma jednak już zapalenia, nastąpiło wyleczenie; c) nieliczne przybłonki wałeczkowe, bardzo liczne płaskie, nieliczne jednojądrzaste leukocyty: rzeżączka spowodowała stwardnienie cewki, istnieje przewlekłe zapalenie; d) nieliczne wałeczkowe, rozlane i płaskie komórki, nieliczne jedno—a bardzo liczne wielojądrzaste leukocyty: cewka sklerotyczna, ostre zaostrenie przewlekłej rzeżączki — lub stwierdzenie gonokoków. Badanie, by było pewnem, trzeba kilkakrotnie powtórzyć na materiale, wziętym z różnych odcinków cewki; zastępuje ono centryfugę i powiklane sposoby i oszczędza nieobojętnego przecież wstrzykiwania prowokacyjnego. (*Presse méd.* 1910, Nr. 3.

Baschkopf (Kraków).

Specyficzna terapia gruźlicy nerek i pęcherza. Podał Dr. Wilhelm Karo.

Autor na podstawie swego licznego doświadczenia, zebranego w opisanych krótkich historyach chorób, przedstawia się jako stanowczy zwolennik leczenia konserwatywnego gruźlicy nerek i pęcherza w okresie początkowym za pomocą tuberkuliny starej lub kombinacyi tuberkuliny starej z chininą ewentualnie arsenem, kreozotem i żelazem. Wyniki leczenia podobnych przypadków mają być bardzo korzystne i z tego powodu zachęca do dalszych doświadczeń, leczenia tego cierpienia za pomocą kapsulek tuberkulinowych t. j. za-

wierające tuberkulinę starą w połączeniu z Atoksylem i Creozotem.

Medizinische Klinik Nr. 15, Wiedeń, kwiecień 1910.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

Rozpoznanie gruźlicy nerek u chłopców za pomocą Cystoskopii. Podał Dr. Ernst Portner w Berlinie.

Autor określa znaczenie stosowania Cystoskopii u dzieci szczególnie w celu rozpoznania gruźlicy nerek u chłopców i przytacza odnośne przykłady z praktyki. Po omówieniu znaczenia wykazania prątków gruźliczych w moczu, wyników szczepienia za pomocą moczu zwierząt, zaznacza, że Cystoskopia odgrywa w rozpoznaniu zajętej gruźlicą nerki bardzo wielką rolę przy pomocy wstrzykiwań 0.4‰ Indygokarminu u chłopców poniżej lat 8 mających, gdy i u tych nie można zastosować jeszcze badania Cystoskopowego ureterów, podczas gdy Cystoskopię pęcherza można już od 2-go roku życia wykonywać.

Medizinische Klinik Nr. 2, Wiedeń, styczeń 1910.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

O wpływach środków antyseptycznych. Podał Dr. Dreuw w Berlinie.

Autor podaje, że w Estowie — trudno rozpuszczalnym przetworze otrzymanym z roztworu octanu ołowianego — stwierdził znakomite działanie antyseptyczne, które przy rozmaitych cierpieniach narządu rodowego (cystitis, blenorhoe) bardzo wiele przyczynia się do szybkiego ustąpienia choroby. Lek ten podaje jako pastylki dwie do trzech dziennie.

Medizinische Klinik Nr. 3, Wiedeń, styczeń 1910.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

Przyczynę do kwestyi zapobiegania rzeżączki. Podał Dr. Heilig.

Autor na podstawie obserwacji jednego przypadku, nadającego się do rozwiązania powyższego pytania, wyciąga wniosek, że gonokoki, przeniesione do cewki moczowej, niekoniecznie mogą wywoływać rzeżączkę; wypowiada jednak zdanie, że owa metoda zapobiegawcza mogłaby mieć wtenczas pewne znaczenie, gdyby cyfry statystyczne udowodniły, że po wprowadzeniu gonokoków do cewki moczowej i zadrażnieniu błony śluzowej tejże, po zastosowaniu owej metody rzeżączka częściej nie występuje, jak w przypadkach w której owej metody nie stosowało się.

Medizinische Klinik Nr. 35, Wiedeń, lipiec 1910.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

Induratio penis plastica. Podał Dr. Fritz Callomon.

Autor przedstawia historię choroby sześciu obserwowanych przypadków, z których najbardziej charakterystyczny moment podnieść należy, że cierpienie to wystąpiło u wszystkich chorych po 40-ym roku życia. Związku z przebyciem poprzednio rzeżączką nie wykazuje. Według porównawczych badań histologicznych upatruje analogię tego cierpienia w kontrakturze Dupuytrena, jakie zdarzają się

na rękach. Co do leczenia, to zabiegi chirurgiczne uważa autor jako najbardziej korzystne dla usunięcia tego cierpienia.

Medizinische Klinik. Nr. 13. Wiedeń, kwiecień 1910.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

Wiadomości bieżące.

Ubiegły Zjazd Lekarzy i Przyrodników Polskich w Krakowie pokrzywdził niezmiernie dermatologię, właśnie ten dział nauk lekarskich, którego rozwój w ostatnich czasach zdumiał świat cały.

Pomijając połączenie na Zjeździe w jedną sekcję działów zupełnie różnych, na odczyty dermatologiczne nie pozostało się już czasu, i, oprócz referatu o odczynie Wassermanna, inne tematy, a przedewszystkiem tak nadzwyczaj aktualny, jak leczenie kiły salvarsanem, pospadały z porządku dziennego.

Było to powodem rozżalenia dermatologów, którzy nie znaleźli w Zjeździe, czego pragnęli.

To też powyższy fakt zmusza nas do rozpatrzenia ostatnich wyników naukowych dermatologii na zjeździe specjalnym. Projektujemy też zwołać w Warszawie I-szy Zjazd Dermatologów Polskich. Prawdopodobnie ze strony władz nie będzie przeszkody, a również, mamy ufność, niezbraknie nam ku pracy sił ochoty i materiału. Termin Zjazdu, zdaje się, iż można będzie oznaczyć mniej więcej w początkach 1913 roku. Czas ten jeszcze i pod tym względem wydaje się odpowiednim, gdyż jest zarazem 35-o letnią rocznicą naukowej działalności jednego z najwybitniejszych dermatologów polskich dr. Watraszewskiego i przypadnie na termin otwarcia nowego pawilonu w szp. Ś-go Łazarza, mającego odpowiadać najnowszym wymaganiom nauki.

Zjazd międzynarodowy Dermatologów w Rzymie ma się odbyć w połowie kwietnia r. p.

Dr. Franciszek Krzyształowicz, profesor tytularny dermatologii, mianowany został profesorem nadzw. rzeczywistym Wszechn. Jagiellońskiej.

Redaktor i wydawca: **F. Malinowski.**

Druk K. Kowalewskiego, Piękna 15.

LABORATORIUM ANALITYCZNE

D-ra St. Serkowskiego

do celów djagnostyki lekarskiej wykonywa:

Analizy szczegółowe moczu i oznaczenie w procentach lekarstw — jodu, rtęci w moczu, **analizy** krwi ogólne i bakterjologiczne, **analizy** włosów i łusek na obecność grzybków pasorzytnicznych, poszukiwanie krętków białych w sprawach miejscowych.

Reakcja Wassermanna (z antygenem swoistym) w płynie mózgowym lub surowicy krwi tabetyków, paralityków, chorych w różnych okresach syfilisu i wogóle podejrzanych o syfilis. **Analizy** ścisłe bakterjologiczne nitek śluzowych, moczu i wydzieliny gruczołu krokowego. **Przygotowanie waccinek** mono i poliwalentnych do waccineoterapii.

Kuracja KEFIROWA

K. SIGALINA

Królewska Nr. 31.

Dostawa do domu.

Hemogen Magistri Klave

Związek chemiczny,
zawierający
żelazo i mangan;

energiczny środek odtwarzający krew, silnie pobudzający apetyt, łatwy w stosowaniu, o przyjemnym smaku; nie psujący się, nie wywołujący zaparcia, nie działający na zęby; zalecany przy wszelkich stanach osłabienia u dzieci i dorosłych;

Próbki
i literatura są
na usługi
P.P. Lekarzy.



POLECA

LABORATORJUM CHEMICZNE

PRZY APTECE

MAGISTRA H. KLAWE,

10. PL. ŚW. ALEKSANDRA, WARSZAWA.

TEL. 25-08 i 24-94.

APTEKA

E. GESSNERA

w Warszawie, Ierozolimska 27.

POLECA:

Tubulae gradulatae à 30,0

Ung. hydrarg. cin. depur. c. Mitino pti 33%
 " " " " " Resorbino " 33% et 50%
 " " " " " adipo ph. " 33% " 50%
 " " " " " Sapò Rusci liquid. D-r prof. Lassari à 120,0

Solut. sterilisat. in ampulis à 1 C. C.

Atoxyli Gallici 0,05 — 0,10 (et 0,20 in 2 C. C.)

Hydrarg. arseniat.-salicyl. (loco Enesol) 0,03, et 0,06 in 2 C. C.)

" benzoic 0,02 c Na Cl

" bichlor. corr. 0,02 c Cocain. 0,01

" cyanat. c. Cocain aa 0,01

" salicylic. 0,01 — 0,02

" sozjodolic. 0,01

Hermophenyli 0,20

Thiosinaminaethyljodat (loco Tiodin) 0,20

i wiele innych objętych specjalnym cennikiem.

Również przyrządza wszelkie kompozycje sterylizowanych iniekcji w ilości nie mniejszej 1 tuzina ampułek.

Do tuzina iniekcji dołącza się specjalny pilnikzek.

PRZEGLĄD CHOROÓB SKÓRNYCH I WENERYCZNYCH



REDAKTOR I WYDAWCA: Dr. FELIKS MALINOWSKI

MAZOWIECKA 4 m. 6.

TELEFON 74 04

Następny zeszyt № 7 i 8 wyjdzie w początkach Listopada.

Prenumerata rocznie w Warszawie 6 rb. — poza Warszawą 7 rb.

	<h2>Gometol Magistra Klawe</h2> <p>kapsułki żelatynowe GOMETOL A zawiera: Ol. Santal, Salol, Metylen-biał. GOMETOL B: Ol. Santal, Urotropinę, Salol. Stosują się 3-4 razy dziennie po dwie kapsułki przy Gonorrhoea, Cystitis, Pyelitis i t. p.</p> <p>LABORATORYUM APTEKI MAGISTRA H. KLAWE 10, Plac Św. Aleksandra, Warszawa.</p>	
---	---	--

Nagrodzone na wystawach
złotymi medalami i dyplomami uznania

Mydła przetłuszczone hygieniczne i lecznicze

z zastosowaniem
najnowszych wskazań
nauki (jak Albuminowe,
Anthrasolowe i t. p.)

oraz środki higieniezno-kosmetyczne

wyrabia APTEKA

M. MALINOWSKIEGO

NOWY ŚWIAT Nr. 35, w WARSZAWIE



Warszawskie Towarzystwo Akcyjne

„Motor”

Marszałkowska Nr. 23.

Oddział Farmaceutyczny TELEFON 1809.

poleca:

Plastry smarowane, zwyczajne i kauczukowe.

Przetwory chemiczne i farmaceutyczne.

Barwniki do badań mikroskopowych.

Kataplazmy na sposób Hamiltona.

Kąpiele z kwasu węglowego.

Czyste odczynniki chemiczne.

Tlen zgęszczony.

Nowe środki lecznicze.

Oddział Wód Mineralnych TELEFON 491.

poleca:

Wody mineralne sztuczne.

Sole do kąpiei mineralnych, kąpiele wydają się w Łazienkach

Akcyjnych na Zjeździe.

Wody Normalne Lecznicze prof. d-ra Jaworskiego.

Udoskonalone

SYNAPIZMA

(gorczyczniki)

STRZELECKIEGO

nie ustępują najlepszym wyrobom zagranicznym.

Szeroki zbyt za granicą.

I.

PRACE ORYGINALNE.

Z KLINIKI DERMATOLOGICZNEJ UNIW. JAGIEL. W KRAKOWIE.
(PROF. DR. REISS).

O wlewaniach śródżylnych salwarsanu.

Podali

Dr. F. Krzysztalowicz i Dr. H. L. Weber.

Prof. nadzw. dermat.

Asystent kliniki.

W sprawie tak żywo omawianego obecnie leczenia kiły salwarsanem nasuwa się już dzisiaj, kiedy pierwszy zapal nieco się uspokoił, dużo spraw, które należy omawiać szczegółowo. Podczas gdy pierwsze prace dotyczyły działania tego przetworu na różne objawy kiłowe, obecnie, kiedy każdy stosujący salwarsan zdobył własne doświadczenie, odczuwa się potrzebę roztrząsania szczegółów metodyki, dotychczasowych wyników leczenia w różnych kierunkach, działania na przyszłość, objawów ubocznych, następowych odczynów i wielu innych ważnych momentów.

Nie mamy zamiaru podnosić tych wszystkich szczegółów działania, a zależy nam głównie na ocenie dotychczas używanych sposobów stosowania, ich zalet lub wad, aby dojść do ostatecznego wyniku, która z metod jest najlepszą, za pomocą której otrzymać możemy najlepsze wyniki leczenia bez szkody dla całego ustroju.

Początkowo używano najchętniej i najczęściej wstrzykiwań podskórnych lub mięszszowych, podobnie jak w stosowaniu przetworów rtęciowych rozpuszczalnych i nierozpuszczalnych. Wstrzykiwania podskórne zarzucono najpierw bardzo szybko; większa część autorów zaprzestała ich używać, a podawano ten przetwór tylko w postaci wstrzykiwań w mięśnie. Obok tego jednak coraz większa ilość stosujących zachwała stosowanie śródżylnie. Od czasu pierwszej pracy Iversena, który pierwszy użył wstrzykiwań śródżylnych salvarsanu, zaczęli różni autorowie podawać śródżylnie ten przetwór, najczęściej jednak obok wstrzykiwań mięszszowych.

Każdy jednak z posługujących się tą ostatnią metodą, musiał przyjść do tego przekonania, że wstrzykiwania w mięśnie wywołują mniej lub więcej rozległe zgorzele tkanki, zniszczenia zatem, które, chociaż w większości przypadków nie otwierają się na wewnątrz, są dla chorych bardzo uciążliwe przez tygodnie, a nawet miesiące. Dotychczasowe spostrzeżenia i badania doświadczalne nad wstrzykiwaniami arsenobenzolu (Orth, Fischer, Torday, Herxheimer i Reinke, Scholtz i Salzberger, Martius, Tryb, Boisseau i Carrus, Tschernogubow) dowodzą niezbicie, że zniszczenia tkanek bywają i w tych przypadkach bardzo znaczne, w których nie dochodzi do przebicia na zewnątrz. W tych częściach zgorzelinowych wykazano nawet po miesiącach arsenik w znacznej ilości, tak że w obec niestałości tego przetworu arsenikowego jest bardzo wątpliwe, czy możemy mówić w tym razie o składzie arseniku w mięśniach, a raczej przypuszczać należy możliwość późniejszego wchłaniania się szkodliwych substancji pochodnych z tego zapasu *).

Przytem, przez wytworzenie się otoczki w około części zniszczonych tkanek, napojonych roztworem tego przetworu, myśl Ehrlicha, jakoby zapas ten mógł służyć czas dłuższy ustrojowi, nie może być w zupełności urzeczywistniona.

Mohr przypuszcza nawet, że rozkład tego przetworu w tkankach może być przyczyną zmian w nerkach. Meirowski zaś jest zdania, że t. zw. neurorecydywy mogą być uwa-

*) Reiss i Krzyształowicz. O znaczeniu leczniczem arsenobenzolu. Przegląd lek. 1911 Nr. 7.8. Przypadek omówiony szczegółowo.

zane częściowo jako rzeczywiste nawroty, częściowo zaś jako następstwa urazowe, które powstają w ten sposób, że istniejący między mięśniami arsenobenzol rozkłada się, a działając przez to trująco, drażni nerwy, w których następnie osiedlają się krętki.

Jako wielką zaletę wstrzykiwań śródżylnych musimy zatem uważać tę własność, że nie wytwarza się sztucznego składu w mięśniach lub tkance podskórnej, przez co unikamy bólów, nacieków i zgorzeli. Przytem o wyjąłowieniu ustroju może być mowa tylko przy śródżylnem stosowaniu przetworu, i dlatego istnieje zasadnicza różnica między leczeniem zapomocą złożenia środka w pewnym miejscu ustroju w zapasie, a wlewaniem w żyły. Jeżeli przytem weźmiemy pod uwagę, że przez podawanie śródżylnie możemy dawkować dokładnie, podczas gdy w innych sposobach dawkowanie nie jest ściśle, musimy uważać wstrzykiwania śródżylnie i z naukowego stanowiska za znacznie stosowniejsze. Początkowy strach przed wlewaniem środka bądź co bądź nieobojętnego wprost do żyły obecnie coraz więcej ustępuje, przez co wlewania śródżylnie zyskują coraz więcej uznania. Chociaż ten sposób wstrzykiwania przedstawia pewne techniczne trudności, to jednak łatwo można nabrać wprawy w tym kierunku. Samo wstrzykiwanie prócz objawów ubocznych nie przedstawia dla chorego niebezpieczeństwa. Wreszcie uwzględnić należy i tę okoliczność, że wedle badań niektórych autorów (Bornstein, Heuser i in.) arsenik nie wydziela się po wlewaniach śródżylnych, jak to dawniej przypuszczano, już po kilku dniach, ale że można stwierdzić wydalanie tegoż nawet po kilku tygodniach. Można zatem i w tym sposobie leczenia mówić o zapasie arsenu w ustroju, chociaż dotąd nie daje się rozstrzygnąć, w którym narządzie powstaje skład tego przetworu.

*

*

*

Przystępując do przedstawienia naszych spostrzeżeń, opiszemy w krótkości najpierw samą metodę, którą posługiwaliśmy się w tym przypadku, a następnie odczyn i objawy uboczne, pojawiające się po wstrzykiwaniach. Pomijamy zaś obecnie opis wyników leczniczych, które na razie były dobre, niejednokrotnie nawet świetne, gdyż czas spostrzeżeń wyniku leczniczego był za krótki, aby można było mówić o wynikach trwałych.

Przyrząd, używany przez nas do wlewań śródżylnych, był w całości bardzo prosty. Naczynie o zawartości 300 cm. sześć. ze szkła jenajskiego, zamknięte dobrze przylegającym korkiem gumowym, napełniano roztworem, przygotowanym do wlewań. Korek opatrzony jest dwoma rurkami szklanymi, przechodzącymi przez nie, z których jedna, kątowato ponad korkiem zgięta, sięga aż do dna naczynia, druga sterczy nieco poniżej dolnej powierzchni korka i sięga kilka cm. ponad niego. Na rurkę dłuższą nasadza się węża gumowego o 1 m. długości, przerwanego krótką rurką szklaną i opatrzonego na końcu kaniulą szklaną jedno lub dwugramowej strzykawki Pravatza. Drugą rurkę łączy się z balonikiem gumowym. W ten sposób składa się cały przyrząd w pojedynczych częściach wyjałowiony. Balonikiem gumowym wpędza się przez rurkę krótszą tak długo powietrze do naczynia, aż płyn podejdzie w rurkę dłuższą i napełni połączony z nią wąż gumowy, uważając przytem, aby w rurze tej nie było baniek powietrza, — a gdy płyn wypływać zaczyna z końca rury zaciska się węża gumowego uciskadłem.

Wstrzykiwanie robiliśmy zawsze w jedną z żył przegubu łokciowego powyżej lub poniżej samego zgięcia. Chory albo siedział przy stoliku naprzeciw operatora albo leżał na stole operacyjnym, a rękę kładł na stoliku, stojącym obok, na którym znajdował się cały przyrząd. Po odkażeniu skóry chorego zapomocą benzyny i nalewki jodowej wkłuwaliśmy igielkę zwyczajnej strzykawki średniego kalibru w nabrzętkę skutkiem założonej powyżej opaski uciskającej żyłę, i gdy z nasadki igły pokazywała się krew, zwalniano opaskę uciskającą i wkładano koniec kaniuli przymocowanej do węża gumowego. Przed włożeniem kaniuli trzeba naturalnie popuścić uciskadło, założone na węża, łączącego naczynie z kaniulą strzykawki.

Rozczyn salwarsanu robiliśmy w ten sposób, że dawkę, przeznaczoną do wstrzykiwania, wsypywano do moździerzyka, zwilżano 10—20 kroplami wysokou etylowego, a po rozmieszaniu dolewano kilka cm. sześć. roztworu fizyologicznego soli kuchennej, poczem alkalizowano odpowiednią ilością ługu sodowego 15% go wedle przepisu, załączonego przy dawkach salwarsanu. Dodanie ługu wywoływało zawsze strąty, rozpuszczające się przy mieszaniu w płyn jasny, który wlewano do naczynia, a popłukując roztworem soli kuchennej mózdzierz, dopełniano roztwór do ilości 150—200 cm. sześć. płynu.

Czas potrzebny do wlewań bywał różny, zależnie od rozmiarów igły, zazwyczaj wahał się między 5—15 minutami, rzadko trwało wstrzykiwanie dłużej, gdy igielka była bardzo cienka. Po ukończeniu zabiegu wyjmowano igłę i zakładało zwyczajny opatrunek z gazy wyjąłowanej.

Opisany przyrząd odznacza się przede wszystkim prostotą i jest wygodny w użyciu. Jedną z ważnych okoliczności przy tym zabiegu jest dostateczny ucisk powyżej miejsca wstrzykiwania, aby wytworzyć odpowiedni zastój w żyłach, które przez to się rozszerzają. Nie mniej ważnym jest właściwe nakłucie żyły, aby nie przebić tylnej ściany żylniej. W tym razie duże znaczenie ma stan igły, dlatego początkujący powinni użyć zawsze igły zupełnie nowej, a gdy igła nie jest bardzo ostra, należy przebić najpierw skórę, a dopiero później dostać się do światła żyły. Wypływająca z trzonu igły krew jest dowodem, że igła znajduje się w świetle żyły i w tej właśnie chwili wlewanie może się rozpocząć. Jeżeli przebita jest żyła i w swej tylnej ścianie, powstaje przy wstrzykiwaniu obrzęk w okolo miejsca wkłucia żyły, co jest dowodem dostawania się płynu w otoczenie żyły.

W tym wypadku zatem należy igłę wyjąć, a płyn ile możliwości wycisnąć — i poszukać innej żyły do wstrzykiwania. Przy udanem wlewaniu nie odczuwa chory żadnego bólu, a po wstrzykiwaniu nie ma zupełnie odczynu miejscowego; — tylko w razie dostawania się płynu poza światło żyły występuje dość silny ból, a w następstwie powstawać mogą nacieki w tkance podskórnej. Większe nawet wylania krwi, powstające przy przebicciu żyły na wylot, ulegają łatwo i w krótkim czasie wessaniu. Jeżeli nawet w początkach przy mniejszej wprawie takie drobne nieprzyjemności mogą się łatwo zdarzyć, nie mieliśmy później prawie nigdy do czynienia z takimi miejscowymi przypadkami. Jedynie nieco cięższe powikłanie, opisywane w rzadkich przypadkach, mianowicie: miejscowy zakrzep w żyłe, spostrzegaliśmy raz u mężczyzny otyłego powyżej miejsca wstrzykiwania, — ale powikłanie to ustąpiło szybko i bez jakichkolwiek następstw.

Materyał nasz obejmuje 54 chorych, którzy otrzymali 90 wlewań śródżylnych rozczywnu salwarsanu w przeciągu

trzech miesięcy, głównie w klinice dermatologicznej, a częściowo w lecznicy prywatnej.

U 20 z wymienionych chorych, robiono tylko jedno wstrzykiwanie; przede wszystkim byli to chorzy, którzy na kilka miesięcy lub tygodni przedtem leczenia byli wstrzykiwaniami miąższowemi salwarsanu i otrzymali jedno (2) lub dwa (5) wstrzykiwania, a u których przed śródżylnem wlewaniem nie stwierdzono objawów kiły. Prócz tych jedno wstrzykiwanie otrzymywali chorzy ze zmianami drugorzędnymi świeżymi (3) lub z nawrotami (2). W tych ostatnich przypadkach przeprowadzano przed jakimś czasem leczenie rtęciowe. W przypadkach kiły utajonej w pierwszych dwóch latach od czasu zakażenia wstrzykiwano dwa razy; w jednym przypadku zaś w przeszło dziesięć lat po nacieku pierwotnym. Jedno wstrzykiwanie otrzymały wreszcie trzy przypadki kiły późnej, jeden uwiądu rdzenia i jeden pokrzywki przewlekłej. Ten ostatni był jedynym przypadkiem niekiłowym.

W większości przypadków (32) robiliśmy po dwa, zazwyczaj szybko po sobie następujące wlewania. W 13 z tych przypadków mieliśmy do czynienia z całkiem świeżymi objawami drugorzędnymi w skórze i błonach śluzowych, w większości widoczny był również jeszcze naciek pierwotny. W 7 przypadkach wstrzykiwano skutkiem nawrotów w błonach śluzowych, w takich przypadkach zatem, które leczono już poprzednio rtęcią lub jodem. Dwa przypadki należały do kiły utajonej bez widocznych objawów, a cztery do okresu kilakowego. Ze schorzeń nerwowych wstrzykiwaliśmy dwukrotnie w dwóch przypadkach uwiądu rdzenia (tabes), w jednym uwiądu z objawami porażenia postępującego (taboparalysis), w jednym przypadku kiły mózgowej i dwóch zapalenia kiłowego opon mózgowych *).

Trzy wlewania otrzymali tylko dwaj chorzy: jeden z dużym naciekiem pierwotnym i wybuchem ogólnym w skórze, u drugiego przy istniejącym nacieku nie doszło jeszcze do zmian drugorzędnych.

Przerwa między jednym, a drugim wstrzykiwaniem wynosiła zazwyczaj tydzień, rzadziej była krótsza (najmniej cztery dni), a najrzadziej dłuższa (dwa tygodnie). W przy-

*) Wszystkie przypadki schorzeń układu nerwowego badali specjaliści tychże chorób.

padkach trzech wstrzykiwań trzecie nastąpiło raz w dwa tygodnie, a raz w trzy po drugim.

Dawka używana na jedno wlewanie wahała się między 0,15—0,45 gr., najczęściej wynosiła 0,40 gr. albo nieco więcej (62 przyp.), rzadziej 0,30—0,35 gr. (18 przyp.), a najrzadziej mniej (10 przyp.). Dawka w całości była najczęściej u jednego chorego 0,80 gr., a u tych, którzy otrzymali trzy wstrzykiwania 1,10—1,20 gr.

W przypadkach wstrzykiwań, po których wystąpił pewien odczyn, spostrzegano się pewien typ objawów, świadczących o ogólnem oddziaływaniu ustroju na wstrzyknięty salwarsan. Sam zabieg znosili chorzy, jak to już wspomnieliśmy, bardzo dobrze, bo wkłucie igły sprawia tylko nieznaczny ból, a wchodzenia płynu do żyły chory wcale nie czuje. Ból, powstający podczas wlewania, szczególnie z początku, jest dowodem złego wstrzykiwania, bo płyn dostaje się poza światło żyły, jest zatem wskazówką, aby przerwać wlewanie. Pewne wzruszenie nerwowe może być przyczyną nawet lekkiego omdlenia, które łatwo przechodzi. Natomiast prawie wszyscy chorzy odczuwali po wstrzykiwaniu pewne zajęcie głowy, dochodzące niejednokrotnie nawet do silnego bólu głowy, trwającego jednak najwyżej kilka godzin i przechodzącego bez śladu. To zajęcie głowy lub pewien ucisk w skroniach był właściwie jedynym objawem, spotykanym we wszystkich przypadkach prawie bez wyjątku, bo nawet w takich, w których nie było podniesienia ciepłoty, ani jakiegóż innego objawu ubocznego.

W przypadkach odczynu wyraźnego poczynał się w 1—2 godzin po wlewaniu dreszcz, u jednych chorych tylko lekki, u innych bardzo silny, — a równocześnie podnosiła się ciepłota w tych razach zazwyczaj bardzo szybko, tak że w 1—2 godzin po wstrzykiwaniu dosięgała 38°—39° C., a nawet wyżej. Dreszcz trwał zazwyczaj 15, najwyżej 30 minut i już po tak krótkim czasie można było stwierdzić podniesienie się ciepłoty o 1—2° C. Gorączka nie podnosiła się również długo, zazwyczaj 3—4 godzin, w 5-ej lub 6-ej godzinie już stwierdzano najczęściej opadanie ciepłoty, a w 8—10 godzin po wlewaniu była ciepłota z reguły prawidłowa. To krótkie trwanie odczynu gorączkowego było przyczyną, że chorzy w 20—24 godzin po wstrzykiwaniu mogli opuszczać zakład leczniczy.

Z innych objawów ubocznych, prócz dreszczów i gorączki, spostrzegano w stosunkowo nielicznych przypadkach nudności, czasami z wymiotami, biegunkę i wspomniane już bóle głowy. Wszystkie te objawy trwały zazwyczaj krótko; do wymiotów dochodziło zazwyczaj wkrótce po wstrzykiwaniu (1—2 godzin), albo jedno-lub dwu-i trzykrotnie w krótkich odstępach. Nieco częściej, niż do wymiotów, dochodziło u chorych do biegunki, mianowicie były 1—3 obfite stolce bez bólesci w kilka godzin (8—10) po wlewaniu. Wyjątkowo tylko skarżyli się chorzy równocześnie na bóle brzucha. W niektórych przypadkach (około 10%) spostrzeżono powstanie opryszczków na wargach ust (herpes labialis), szczególnie u wysoko gorączkujących. Należy jednak zaznaczyć bardzo dobitnie, że wszelkie te dolegliwości zwykły przemijać w kilkunastu godzinach, najdłużej w jednej dobie, i że już na drugi dzień chorzy nie okazywali żadnych zbrozeń.

W ten sposób przedstawiał się ogólny typ odczynu, którego stopnia i nasilenia nie można było nigdy przewidzieć; nigdy jednak nie zauważyliśmy jakichś groźnych objawów, któreby należało przypisać działaniu samego przetworu i któreby przynosiły wykazać się dającą szkodę dla ustroju.

Jak już wspomniano, podniesienie ciepłoty dochodziło do bardzo różnej wysokości; wyjątkowo ciepłota dosięgała 39°, a nawet wyżej (13 razy na 90 wstrzykiwań). Jak widoczne jest z tablicy I tak wysoką gorączkę zauważono w połowie (6) przypadków w kile całkiem świeżej. Z tych ostatnich przypadków doszła ciepłota w jednym po pierwszym wlewaniu do 39.3°C., po drugim (w 7 dni po pierwszym) do 38.6°C., w trzech innych przypadkach po drugim tylko nieco powyżej 37°C. U jednego chorego, który otrzymał trzy wlewania, podniosła się ciepłota po dwóch ostatnich do 37.5°C., podczas gdy po pierwszym doszła do 39.7°C.

W jednym przypadku nawrotu, powikłanego zmianami gruczołczemi krtani, wynosiła gorączka po pierwszym wstrzykiwaniu tylko 37.8°C., podczas gdy po drugim w tej samej dawce (0,35 gr.) w 10 dni później dosięgała 39.8°C.

W okresie kiły późnej notowano dwa razy takie znaczne podniesienie; w jednym przypadku tylko po pierw-

T A B L I C A I.

Okres choroby	Ilość chorych	Ilość wstrzykiw.	wstrzykiwania			Ilość chorych gorączk.	C i e p l o t a			Stan bezgorączk.	Ilość wstrzyk. gorączk.	bez gorączk. %
			Jedno	Dwa	Trzy		39% i powyżej	38—38,9	37—37,9			
1 Syphilis recens secund.	18	35	3	13	2	18	6	10	17	2	33	6
2 S. secundaria recidiva	11	18	4	7	—	10	1	8	6	3	15	17
3 S. latens	9	11	7	2	—	7	—	4	5	2	9	18
4 S. tarda	7	11	3	4	—	7	2	5	1	3	8	27
5 Lues cerebri	1	2	—	1	—	1	1	1	—	—	2	—
6 Meningitis luetica	2	4	—	2	—	2	1	—	3	—	4	—
7 Tabes dorsalis	4	6	2	2	—	3	1	—	3	2	4	33
8 Taboparalysis	1	2	—	1	—	1	1	—	—	1	1	50
9 Urticaria chron.	1	1	1	—	—	1	—	—	1	—	1	—
	54	90	20	32	2	—	13	28	36	13	77	15

szem wlewaniu 39.7°C ., po drugim ciepłotę prawidłową, mimo, że dawka nie była mniejsza.

W kile mózgowej drugie wstrzykiwanie (0,30) wywołało wysoką ciepłotę ($39,6^{\circ}\text{C}$), podczas gdy po pierwszym (0,40) ciepłota była o 1 stopień niższa. Przerwa między wstrzykiwaniami wynosiła 6 dni. W przypadku zapalenia opon mózgowych kiłowego była gorączka po pierwszym wstrzykiwaniu (0,45) o wiele wyższa (39.2°C) niż po drugim (0,40) ($37,7$). To drugie wstrzykiwanie zrobiono w 53 dni po pierwszym.

U chorych na uwiąd rdzenia podnosiła się również ciepłota do 39°C .; u jednego z tych chorych, cierpiącego na napady żołądkowe (crises gastriques), gorączka trwała nawet drugiego dnia w wysokości 38°C ., a towarzyszyły jej silne bóle mięśniowe w członkach. U drugiego chorego z uwiądem rdzenia, u którego były objawy porażenia postępującego (taboparalysis) nie wystąpiła gorączka po dawce 0,15 gr., tymczasem drugie wlewanie (0,25), robione w miesiąc później, wywołało podniesienie do 39°C . z bólami mięśniowymi i wymiotami.

Dreszcze znacznego nasilenia spostrzegano w połowie (6) przypadków; wymioty wystąpiły cztery razy, biegunka zaś prawie we wszystkich przypadkach przeważnie już w czasie opadania ciepłoty.

Drugą grupę stanowią przypadki, w których ciepłota nie doszła wprawdzie do 39°C ., ale wahała się między $38-38.9^{\circ}\text{C}$. Takie podwyższenie spostrzegaliśmy u 24 chorych. Ponieważ 9 z tych chorych otrzymało jedno, 14 dwa, a jeden trzy wlewania salwarsanu, razem otrzymali zatem wymienieni chorzy 40 wstrzykiwań. Z 14 chorych u czterech podnosiła się ciepłota po obu wstrzykiwaniach powyżej 38°C ., u sześciu tylko po drugim, ale tylko u jednego wyższa była po pierwszym, jak po drugim, po reszcie wstrzykiwań ciepłota pozostała poniżej 38°C . W jednym przypadku trzech wstrzykiwań była ciepłota znacznie niższa (37.4°C .) po dwu ostatnich. Z 40 wstrzykiwań zatem po 27 ciepłota dosięgła powyżej 38°C , tylko po dwóch była wyższa (39°C .) po 11-tu niższa.

W przypadkach kiły świeżej spostrzegaliśmy te ciepłoty 10 razy na 35 wszystkich wstrzykiwań, w nawrotach 8 razy na 18, w kile utajonej 4 razy na 11, a 5 razy na 11 wstrzykiwań w kile późnej. Przypadek kiły późnej wspomniano już w grupie poprzedniej.

Uczucie dreszczu spotykano w 7 przypadkach, wymioty 8 razy, biegunkę 4 razy. W wielu przypadkach skarżyli się chorzy na bóle głowy i bóle mięśniowe.

Nieznaczne podniesienia ciepłoty między 37° a 37.9°C., spotykano u 29 chorych po 36 wstrzykiwaniach. Ogólna liczba wstrzykiwań u tych chorych wynosiła 53; z tych po 14 wstrzykiwaniach ciepłota była wyższa, a po trzech nie było wcale gorączki (poniżej 37°C). Z 29 wspomnianych chorych u sześciu była jednakowa ciepłota po obu wlewaniach, u innych (10) była po pierwszym wyższa, niż po drugim, a tylko u trzech wyższa po drugim.

U 20 chorych wstrzykiwano dwa razy, u 7-u raz, u dwóch trzy razy. U tych ostatnich podniosła się ciepłota po pierwszych wlewaniach powyżej 38°C, a po dwóch następnych tylko powyżej 37°C.

Różnice w ciepłocie po dwóch wlewaniach u tego samego chorego bywały dość znaczne, czasami dochodziły do dwóch stopni, nawet wtedy, gdy po drugim wstrzykiwaniu ciepłota była wyższa.

Te nieznaczne podniesienia (37°—37.9°C.) przydarzały się w różnych okresach kily: w kile świeżej u 13 chorych (17 razy), w nawrotach u sześciu (6), w utajonej kile u czterech (5) w kile późnej raz, w zapaleniu opon u obu chorych (3), w uwiadzie rdzenia u 2 (3). Jeden chory należał do niekilowych.

Z objawów ubocznych spostrzegano w tej grupie tylko lekki ból głowy, parę razy lekki dreszcz, ale tylko wtedy, gdy ciepłota podnosiła się szybko powyżej 37.5°C.

Były jednak także przypadki, w których wstrzykiwanie nie wywoływało prawie zupełnie odczynu. Przedewszystkiem ciepłota była prawidłowa, gdyż dochodziła zaledwie 37°C, najczęściej poniżej, a objawów ubocznych prócz lekkiego zajęcia głowy wcale nie było. Ten brak odczynu zauważono u 11-u chorych po 13 wstrzykiwaniach. U dwóch z nich robiono tylko jedno wlewanie; z 9 chorych, u których dwa razy wstrzykiwano, u dwóch nie było odczynu po wstrzykiwaniach, u trzech różnica ciepłoty była bardzo nieznaczna, u trzech drugie wlewanie wywołało znaczne podniesienie (39°C.), u jednego zaś drugie wlewanie bez odczynu poprzedzało pierwsze z ciepłotą 39.7°C.

Wedle okresów choroby spostrzegano brak odczynu po dwóch wlewaniach w kile świeżej, w nawrotach po

trzech, w okresie utajonym po dwóch, w kile później 3 razy i tyleż w uwiadzie rdzenia.

*

*

*

Zestawienie jakości oddziaływania ustroju na wlewania śródżylne u wspomnianych 54 chorych poucza, że w podobnych mniej więcej warunkach i po jednakowych dawkach jedni nie oddziałują zupełnie albo tylko bardzo nieznacznie, podczas gdy u innych występuje wysoka gorączka i zbiór lub część objawów ubocznych. Naturalnem zatem jest dążenie do poznania mechanizmu odczynu, jakie czynniki wpływają na jej stopień i postać. Niewątpliwie podniesienie ciepłoty stanowi objaw najwybitniejszy, który występuje w różnem natężeniu, — inne objawy uboczne (nudności, wymioty, dreszcze, herpes labialis) pojawiają się znacznie rzadziej i nieregularnie.

Jeżeli się uwzględni stosunek odczynu do okresów kily uleczonych chorych, przychodzi się do przekonania, że nie ma w tym kierunku jakichś różnic zasadniczych. Przypadki kily świeżej (18), u których stwierdzono pierwsze wybuchy drugorzędnych wysypek, leczone były 35 wlewaniem, którym w przeważnej liczbie (33) towarzyszył odczyn gorączkowy, gdyż tylko w dwóch przypadkach gorączki nie było. Dodać również należy, że w połowie (16) tych przypadków ciepłota przekraczała 38°C. W nawrotach głównie błon śluzowych (11) notowano w połowie wszystkich wstrzykiwań (18) także gorączkę ponad 38°C., sześć razy była niższa, a tylko trzy razy nie podniosła się zupełnie. Z obu tych grup jednak tylko jeden chory z nawrotem nie gorączkował po obu wstrzykiwaniach, u trzech innych tylko po jednym wlewaniu był stan zupełnie bezgorączkowy.

W 7 przypadkach kily późnej, leczonych 11-u wlewaniem salwarsanu, tylko po trzech wstrzykiwaniach ciepłota nie podniosła się, nie było jednak przypadku, któryby nie gorączkował choćby po jednym wstrzykiwaniu. Tylko w jednym przypadku długotrwałych zmian późnych podniosła się ciepłota nieznacznie (37.2°C.) po pierwszym wlewaniu, podczas gdy po drugim stan był bezgorączkowy. W tym okresie kily podniesienia ciepłoty, podobnie jak w kwitjącym okresie wczesnym, dochodziły do znaczniejszej wysokości, gdyż po 7-u wlewaniach podniosła się ciepłota powyżej 38°C.

W podobny sposób w przypadkach kiły mózgowej i zapalenia opon kilowego wszystkim wlewaniom towarzyszyła gorączka, żadne wlewanie zatem nie minęło bez odczynu.

Z czterech przypadków uwiadu rdzenia tylko w jednym nie było podniesienia ciepłoty po obu wstrzykiwaniach, u większości były niskie gorączki. W przypadku uwiadu rdzenia z objawami porażenia postępującego wystąpiła po drugim wlewaniu (0,25 gr.) wysoka ciepłota, chociaż pierwsze (0,15) nie wywołało gorączki.

Nieco inaczej przedstawia się ten stosunek w przypadkach kiły utajonej, gdyż z 7 przyp. w dwóch nie było wcale odczynu, podczas gdy na 9 wlewań połączonych z gorączką, była ona 5 razy bardzo niska, a tylko 4 razy powyżej 38°C.

Z tego zestawienia zatem stosunku okresów kiły do nasilenia odczynu możnaby wnioskować, że w przypadkach, w których są wyraźne objawy kiły, czy to okresu drugorzędnego, czy późnego, czy układu nerwowego, występuje odczyn wyraźniej. Tymczasem w okresie utajonym, czy okresu wczesnego, czy dłużej trwających schorzeń układu nerwowego (tabes) zdaje się być nasilenie odczynu wyraźnie słabsze.

Gdyby tak było rzeczywiście, możnaby przypuszczać, że drugie, wlewanie robione wkrótce po zniknięciu objawów powinno przechodzić bez podwyższenia ciepłoty lub z bardzo nieznacznem. I widzimy rzeczywiście, chociaż ten stosunek nie jest jednakowy we wszystkich przypadkach, że po drugim wlewaniu u tego samego chorego ciepłota nie dochodziła zazwyczaj do tej samej wysokości. Czasami spotykaliśmy i w tych razach gorączki wyższe, najczęściej jednak w tym przypadku, gdy drugie wlewanie następowało szybko (4—6 dni) po pierwszym. Wspominaliśmy już poprzednio, że ciepłoty wyższe (ponad 39°C.) notowano 10 razy po pierwszym wlewaniu, a tylko trzy razy po drugim, — co przypuszczenie powyższe potwierdza częściowo.

Wpływ dawki na odczyn i jego nasilenie uwidocznia się do pewnego stopnia z następnej tabliczki: (Patrz tabl. na str. 138).

Cyfry te, szczególnie dotyczące małych dawek, są za małe, aby można z nich wyciągać pewne wnioski, — widocznem jednak jest, że po dawce 0,40 gr. salwarsanu połowa

przypadków okazywała ciepłoty wyższe, a zaledwo 10% było bez gorączki, podczas gdy odsetek niegorączkujących we wszystkich przypadkach wynosił 15. Po dawce 0,45 gr. odczyn był zawsze wyraźny. Obok tego zwraca uwagę ten szczegół, że po dawkach między 0,20 a 0,30 stosunkowo często (6 razy na 18 wstrzykn.) ciepłota wzniosła się powyżej 39°C., — ciepłota pojawiająca się rzadko po dawkach wyższych (5 : 62 po dawkach 0,40—0,45).

T A B L I C A II.

Dawka	39° i wyż.	38—38,9	37—37,9	bez	Razem	% gorącz.
0,15	—	—	—	2	2	0
0,20	1	—	2	1	4	75
0,25	2	—	1	1	4	75
0,30	3	1	4	2	10	80
0,35	2	—	5	1	8	87
0,40	4	25	22	6	57	89
0,45	1	2	2	—	5	100
	13	28	36	13	90	—

Jeżeli się wreszcie weźmie pod uwagę stosunek dawki 0,40 gr., używanej przez nas najczęściej, do dawek mniejszych w różnych okresach kiły (Tabl. III), szczególnie jednak przypadki kiły świeżej, nawrotów i późnej, postaci zatem z wyraźnymi objawami kiłowymi — to spostrzega się wspomniany już szczegół, że te przypadki kiły kwitnącej nawet późnej dają większy odsetek podniesienia ciepłoty powyżej 38°C. W przypadkach choroby utajonej mimo dużych (0,40) pojawiała się gorączka mniejsza i rzadziej. Dawki najmniejsze (0,15), wstrzykiwano tylko w przypadkach uwiadu rdzenia, nie wywoływały podniesienia ciepłoty, — zaś dawka nieco tylko wyższa (0,20) była przyczyną w jednym przypadku uwiadu rdzenia, w którym były częste na-

pady żołądkowe, znacznego odczynu gorączkowego (ponad 39°C.). Po stosunkowo małej dawce 0,25 gr. pojawiło się dwa razy znaczniejsze podniesienie ciepłoty; raz u chorego z uwiązaniem rdzenia i objawami porażenia postępującego, drugi raz w przypadku kilaków mózgowych.

T A B L I C A III.

L	Okres choroby	0,15	0,20	0,25	0,30	0,35	0,40	0,45	Razem
1	Syph. recens . . .	—	1	—	5	2	23	4	35
2	S. recidiv.	—	—	—	1	2	15	—	18
3	S. latens	—	—	1	1	1	8	—	11
4	S. tarda	—	—	1	1	—	9	—	11
5	Lues cerebri . . .	—	—	—	1	—	1	—	2
6	Mening.luet. . . .	—	—	—	—	2	1	1	4
7	Tabes dors	1	2	1	1	1	—	—	6
8	Taboparalys . . .	1	—	1	—	—	—	—	2
9	Urticaria	—	1	—	—	—	—	—	1
		2	4	4	10	8	57	5	90

Po dawce 0,30 gr. wystąpiła wysoka gorączka stosunkowo często (3 razy na 10 wstrzykiwań), dwa razy po pierwszych wlewaniach w przypadkach świeżej kiły, a raz w przypadku kiły mózgu po drugim wstrzykiwaniu, dokonaniem (0,40) w 7 dni po pierwszym. Dawka 0,35 gr. spowodowała dwa razy znaczne podniesienie ciepłoty powyżej 39°C. po dwóch wlewaniach, które robiono w parę dni po dawce 0,40 gr.

Z porównania zatem wszystkich trzech tablic możnaby wnioskować, że wielkość dawki nie ma wpływu przeważnego na wystąpienie odczynu gorączkowego,—może jednak w połączeniu z innymi czynnikami, szczególnie zależnie od

okresu choroby i jej postaci, przyczyniać się do pewnego stopnia do nasilenia odczynu.

Obok tego zwracaliśmy uwagę na pewne szczegóły w samej technice wstrzykiwań, któreby mogły mieć wpływ na występowanie odczynu, mianowicie: czy stopień alkaliczacji płynu nie odgrywa pewnej roli w kierunku ilościowym i jakościowym odczynu. Ze względu na to, że z początku używaliśmy do alkalizowania roztworu słabszego, a później 15%-go roztworu ługu sodowego, mogliśmy porównywać jakość odczynu w tym względzie — ale nie zauważyliśmy żadnych różnic.

W końcu zaznaczyć musimy także, że ciepłota płynu, używanego do wstrzykiwań, wahała się w dość rozległych granicach, mianowicie: do jednych wstrzykiwań wstawialiśmy płyn do wody zagranej do 40°C., inne robiono w ciepłocie pokojowej, która mogła wahać się między 18°—24°C., wreszcie używaliśmy i roztworów wstawianych do naczynia z wodą zimną (10°C.). Stwierdziliśmy jednak, że te dość wybitne różnice ciepłoty w używanych roztworach salwarsanu — nie wywierały wpływu na jakość i natężenie odczynu — spostrzegaliśmy wyższe podniesienia ciepłoty tak po ciepłych jak i zimnych roztworach.

Chociaż spostrzeżenia i uwagi nasze nie doprowadziły nas do jakichś pewnych wniosków w kierunku oceny częstotliwości i nasilenia odczynów po wstrzykiwaniach śródżylnych salwarsanu, — to jednak pozwalały sobie podnieść niektóre, zauważone przez nas, momenty. Przedewszystkiem zasługuje na wspomnienie ten szczegół, że postać choroby zdaje się mieć w tym kierunku niejako znaczenie. Przekonaaliśmy się mianowicie, że odczyn gorączkowy występuje częściej u tych chorych, u których istnieją wyraźne objawy chorobowe jakiegokolwiek okresu ciąży, niż w przypadkach choroby utajonej. Wielkość dawki salwarsanu nie zdaje się odgrywać roli w tym razie, nie można jednak i tego czynnika w zupełności wykluczyć, gdyż stwierdziliśmy większe podniesienia ciepłoty i po powtórnych wlewaniach w takich przypadkach, w których robiono je w krótki czas (4—6 dni) po pierwszym, — w tym razie zatem, w którym mogło trwać jeszcze działanie pierwszej dawki.

Twierdzenie *W e c h s e l m a n n a*, że odczyn wywołują zanieczyszczenia wody przekroplonej, użytej do wstrzykiwań w postaci roztworu soli kuch. ciałami białkowatymi, i że skutkiem tego występuje przemijające zatrucie, — nie

zdaje się być całkiem słuszne, gdyż robiliśmy wstrzykiwania tego samego rozczynu, tego samego dnia i w analogicznych postaciach chorobowych, a otrzymywaliśmy bardzo różne pod względem natężenia odczynu. Dlatego osobniczość chorego, obok innych ubocznych czynników, zdaje się być najważniejszym w tym razie momentem.

Na czem polega właściwie odczyn po wstrzykiwaniach śródżylnych salwarsanu? co jest właściwą przyczyną tych objawów?—tego, zdaniem naszym, nie można jeszcze obecnie rozstrzygnąć z całą stanowczością. Dotąd nie możemy jeszcze stwierdzić, czy mamy do czynienia w tym razie tylko z samem działaniem tego przetworu bez związku z postacią choroby, czy też środek ten działa w ten sposób na zmiany chorobowe, — a w tym razie, czy na same pasożyty, krętki,—czy na nacieki kiłowe? Odpowiedź na to z samego rodzaju odczynu jest niemożliwa. Jeżeli jednak uwzględnimy się powyżej przez nas wspomnianą okoliczność silnych odczynów w kile objawowej, możnaby przypuszczać, że mamy w tym razie do czynienia z działaniem na nacieki kiłowe, które ulegają zmianom. Jeżeli jednak równocześnie zwróci się uwagę na to, że objawy odczynu, występujące najczęściej w bardzo krótkim czasie po wlewaniu, prawie niepodobna uważać jako następstwo zadziałania na same nacieki,—należałoby dojść do tego wyniku, że tu i działanie trujące arszeniku musi odgrywać pewną rolę. Musi się zatem i w przyszłości zapisywać z całą ścisłością wszystkie najdrobniejsze spostrzeżenia w tym kierunku, aby mózł sobie zdać sprawę, który sposób działania tego przetworu wchodzi w grę w tym razie. Dzisiaj powinniśmy się tylko liczyć z tem, że odczyn po wstrzykiwaniach śródżylnych może wystąpić w słabszym lub silniejszym stopniu, co w praktyce nie jest bez znaczenia.

II.

Z ambulatorium chorób skórnych i wenerycznych D-ra Juliusza Wiśniewskiego w Warszawskim szpitalu Ewangelickim i z pracowni Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego.

Bielactwo nabyte (*Vitiligo*).

NAPISAL

Dr Juliusz Wiśniewski

ordynator Warszawskiego szpitala Ewangelickiego.

Historia. Nazwę *Vitiligo* wprowadza do medycyny pierwszy Celsjusz. W książce piątej (*Vulnera, Ulcera*) wymienia on między innymi chorobami *Vitiligo*, jako chorobę dobrotliwą; przytem odróżnia Celsjusz 3 rodzaje *Vitiligo*: *alphos*, *melas*, *leuce* (terminy te używali Grecy dla oznaczenia różnych form trądu). Niektórzy autorowie używali słowa *Vitiligo* dla oznaczenia rozmaitych chorób, tak np. Willan używał słowa tego dla *urticaria pigmentosa*; Addison i Gull dla *xanthelasma Wilsoni*; wreszcie i obecnie niektórzy autorowie rozumieją pod nazwą *Vitiligo* wrodzone nieprawidłowe zabarwienia skóry, jako to leukodermię lub leukomelanodermię. Dodam, że prof. Georges wprowadza słowo *Vitiligo* od słowa *vitium* (wada); inni autorowie od *vitulus* (cielak).

Pierwszą większą pracę o bielactwie nabytem w literaturze medycznej ogłasza Leloir w roku 1882; a po nim wielu porusza tę kwestyę.

Etiologia. Bielactwo nabyte zaczyna się od plamy okrągłej wielkości główki szpilki bezbarwnej na normalnie zabarwionej skórze, często w kilku naraz różnych miejscach na tułowiu, szyi, kończynach lub twarzy i dochodzi z czasem do przestrzeni dość znacznych, jak w jednym np. z moich przypadków Vilitigo zajmuje przestrzeń od dolnej części szyi do pasa. Bezbarwne miejsca zachowują pewną symetryę, chociaż często nie zupełną; jeżeli np. powstaje miejsce bezbarwne z jednej strony tułowia, to identycznie z drugiej strony na tem samem miejscu zjawiska tego nie obserwujemy, lecz zwykle trochę wyżej lub niżej. Jak dotąd, na jednej tylko stronie tułowia bielactwo nabyte nigdy nie było obserwowane. Bezbarwne miejsca powiększają się zwykle koncentrycznie, chociaż często nieprawidłowo. Czasami całe ciało przyjmuje biały kolor i pozostaje tak całymi latami. Tak, Levy, cytowany u Hyda „Diseases of skins” (1901), widział trzy podobne przypadki, w których cała skóra pozbawiona była barwnika.

Choroba ta może się zjawić na każdym miejscu, jednakowoż z pewnem upodobaniem spotykamy ją na szyi, twarzy, na grzbiecie rąk, przedramienia, jako też w okolicy organów płciowych.

Przeciwnie zaś, na dłoniach rąk, podeszwach nóg i na słuzówkach bielactwo nabyte obserwowane nie było. Możemy dodać, że podczas lata miejsca bezbarwne są więcej widoczne, niż podczas zimy.

Pozwolę sobie przytoczyć Szanownym Panom ciekawsze przypadki z mego ambulatoryum szpitalnego w Warszawskim szpitalu Ewangelickim.

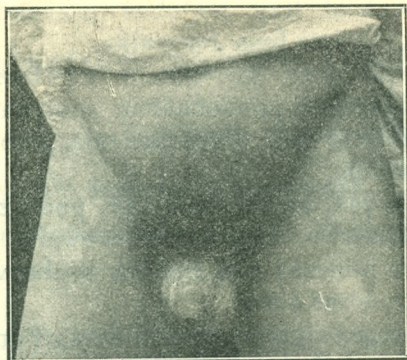
Pierwszy przypadek dotyczy 30 letniego kawalera p. S. pochodzącego z rodziny zdrowej. Matka żyje i zdrowa; Ojciec umarł w 67 roku życia na gangrenę nogi, jaka się od przejechania nogi przez wóz w następstwie rozwinęła. Brat zdrów. Wogóle chory jest osobnikiem nerwowym; nerwowość owa rozwinęła się silnie po wypadku, jaki chory miał w dzieciństwie, a mianowicie, chory się topił, i z trudnością przyprowadzili go do przytomności: (Patrz rys. na str. 144).

Bielactwo nabyte bez innej jakiegokolwiek przyczyny, oprócz pewnej nerwowości, zaczęło się podług słów chorego przed 6 laty na narządach płciowych, tak, że obecnie cały worek i część włosów na mons-Veneris zajęte przez Vitiligo; stąd rozeszło się po biodrach w dół i w górę na tułów, zaj-

mując miejsca dość symetrycznie. Kończyny górne, szyja i twarz wolne są od choroby. Chory cierpi również od kilku miesięcy na alopecia areata capillitii.

Drugi przypadek tyczy się 15 letniej dziewczyny, względnie zdrowej, u której według słów jej matki, bielactwo nabyte rozwinęło się rok temu bezpośrednio po szkarlatynie.

Trzeci przypadek tyczy się 25 letniego izraelity furmana, który zauważył od 6 miesięcy na grzbietach obu rąk oddzielne berbarwne okrągłe z nierównymi brzegami od lepka szpilki zaczynające się miejsca, które, koncentrycznie się powiększając, doszły do wielkości pół rubla, tak, że grzbiety rąk przyjęły wygląd marmuru. Przypadek powyżej przytoczony pod tym względem jest ciekawy, że w rodzinie chorego matka i jeden z braci ma podobnie bielactwo nabyte.



Rys. 1.

Czwarty i piąty przypadki obserwowałem u ludzi zupełnie zdrowych, u których bielactwo nabyte rozwinęło się bez żadnej widocznej przyczyny. Czwarty przypadek tyczy się 32 letniej zamężnej kobiety, która zauważyła chorobę od lat 6 na piersiach i na górnych i dolnych kończynach w postaci okrągłych z nieprawidłowymi brzegami, lecz symetrycznych miejsc, wielkości od srebrnej dziesiątki do pół rubla.

Piąty przypadek wreszcie tyczy się 19 letniej panny, dobrze zbudowanej i pochodzącej ze wsi z rodziców zdrowych. Jedna starsza siostra zdrowa. Żadnych zakaźnych chorób chora nie przechodziła. Mēnstruatio w 16 roku bez bólu co 30 dni i trwa 3—4 dni.

Bielactwo nabyte chora zauważyła przed 6 laty w postaci pół rubla z nierównymi brzegami za prawem i symetrycznie za lewym uchem. Obecnie oprócz bezbarwnych miejsc za uszami bielactwo nabyte zajęło większą górną część tułowia, zaczynając od pasa na wysokości dwóch palcy nad pępkiem do dolnej czwartej części szyi.

Wogóle, bezbarwne miejsca, spotykane na skórze, mogą być: 1) albo wrodzone, przytem albo ograniczone na pewnym miejscu *Achroma*, *Albinismus partialis*, albo rozlane po całym organizmie *Albinismus totalis* — *universalis*; i 2) albo nabyte w ciągu życia jako skutek różnych patologicznych procesów lub wstrząsów nerwowych; i wreszcie 3) jako choroba samoistna. Nabyte lub samoistnie występujące bezbarwne miejsca skóry znane są pod nazwą bielactwa nabytego, *Vitiligo*, *Leukopathia*, *Achromatia*, u francuzów zaś *Dyschromie cutanée*. Bielactwo nabyte spotykamy nie tylko na skórze, obserwować go możemy we włosach, w *Iris*, *Chorioidea*, *Retina*. Włosy stają się białawymi, pozbawionymi barwnika *poliosis circumscripta acquisita*, co możemy obserwować na załączonym rysunku. *Iris* (tęczówka) staje się fioletową z ciemnoczerwoną *pupillą*.

Bezbarwne miejsca są albo zupełnie pozbawione barwnika (*achromatiques totalement*) albo częściowo i wtedy (*hypochromiques*) są koloru kredy, mleka lub kości słoniowej. Co do ras, to bielactwo nabyte daje się częściej zauważyć między murzynami, chociaż przypadki jej u ludzi z kaukaskiej rasy do bardzo rzadkich nie należą; tak, Hebra podaje 2 przypadki na 1000; Polotebnoff 1,4 na 1000; wogóle, rasy ciemne są więcej skłonne do tego objawu. Co do płci, to u kobiet bielactwo nabyte daje się zauważyć częściej; w moich przypadkach na 4 kobiety 3 mężczyzn.

Co do wieku, najczęściej występuje *Vitiligo* między 10 a 30 rokiem życia, chociaż Du Castel opisuje bielactwo nabyte u 3 letniego, Nacké zaś u 5 letniego chłopca.

Patogeneza. Jakie są też przyczyny powstania bielactwa nabytego? Pozwolę sobie w krótkości na niektóre przyczyny, na pewien związek z niektórymi chorobliwymi sprawami zwrócić uwagę Szanownych Panów.

1) Najczęściej bielactwo nabyte występuje samoistnie, bez żadnej widocznej przyczyny; takie przypadki mamy najczęściej, np. w dwóch moich przypadkach (4 : 5) z niczem *Vitiligo* związać nie możemy.

2) Często Vitiligo występuje po przejściu moralnem (choc morale); tak w przypadku Rayera bielactwo nabyte wystąpiło u 30 letniego mężczyzny po utracie majątku.

Tutaj bym dodał, że choroba występuje często u ludzi nerwowych, np. w pierwszym moim przypadku u 30 letniego mężczyzny, u którego nerwowość rozwinęła się po wypadku topienia się. — Du Castel przytacza 3 letniego chłopca, u którego w kilka dni po upadnięciu zjawiły się białe włosy, a w kilka lat bielactwo nabyte.

3) Vitiligo występuje częściej na miejscach ucisku, czy to w pasie, czy to na szyi pod wpływem zapinania kołnierzyka lub paska albo pod naciskiem bandaża.

Obserwowałem to w niektórych moich przypadkach (2 : 5).

4) Rzadziej bielactwo nabyte występuje po chorobie zakaznej, jak w moim 2 przypadku po szkarlatynie.

5) Darier, Leloir zauważyli bielactwo nabyte u ludzi, obarczonych przymiotem dziedzicznym lub nabytym. — Tak. Renault opisuje u luetyka Vitiligo (jako syphilide pigmentaire du cou, étendue à toute la partie antérieure de la poitrine).

I przy wielu innych chorobach spostrzegać można bielactwo nabyte.

Tak Morselli opisuje Vitiligo umysłowo chorych przy psychozach jak np. dementii. Niektórzy autorowie notują Vitiligo przy chorobach nerwowych. Tibièrge, Buckley przy Tabes dorsalis, Eulenburg przy urazie plexus brachialis, Oscar Wyss przy zajęciu 2 gałęzi trigemini; wreszcie przy świeżych neuralgiach, syringomyelii, pachymeningitis cervicalis. Niektórzy autorowie obserwowali Vitiligo u ludzi, noszących pewne cechy zwyrodnienia. Regnaud opisuje Vitiligo przy wolu. Decastello przy anaemia pernicioso. Marfie przy Myxoedemie, inni przy Morbus Adisonii. Niektórzy autorowie notują Vitiligo u ludzi, którzy mają guzy w jamie brzusznej np. przy carcinoma uteri.

Spiegler zauważył bielactwo nabyte u ludzi, cierpiących na niezyt kiszek. wreszcie obserwowano u ludzi, u których skonstatowano dermatographismus, (urticaria factitia). Obserwacje te pozwalają przypuszczać, że wchodzi tu w grę jakiś szkodliwy czynnik (besondere Noxe), który, jak i inne toksyczne czynniki, pochodzi z naczyń krwionośnych. Pogląd ten potwierdza i to, że razem z zanikiem melanobla-

stów na miejscach bielactwa nabytego występuje powiększenie się ich na obwodzie.

Wielu autorów przytacza bielactwo nabyte przy chorobach skórnych, jako to alopecia areata, lichen simplex chronicus, lichen planus, psoriasis, sclerodermia, mycosis fungoides, herpes zoster, eczema, chloasma.

Z chorób skórnych, spotykanych razem z bielactwem nabytem, względnie częściej obserwowac się daje alopecia (pelades achromateuses de Bazin). Niektórzy nawet autorowie, jak Cazenave, zapatruje się na alopecję, jako na odmianę Vitiligo. — Sabauraud jest zdania, że certains vitiliges sont des pelades larvées. Niektórzy wreszcie widzą i w alopecji i w bielactwie nabytem skutek zmian odżywczych bardzo bliskich. Prawdopodobnem jest że alopecia i Vitiligo mogą się rozwinąć pod wpływem jednej i tej samej przyczyny.

Kreibich obserwował bielactwo nabyte przy pryszczycy i łuszczycy, przytem zauważył zwiększoną ilość wykwitów na silniej zabarwionym obwodzie miejsca dotkniętego bielactwem. Podobneż zjawisko widział Kreibich po smarowaniu olejkiem kretonowym.

Pinkus przytacza Vitiligo przy urticaria perstans, Welandier obserwował Vitiligo przy lichen chronicus Vidali, Ehrman przy lichen ruber planus i przy leczeniu arszenikiem; — przytem Ehrman zauważył, że lichen na bezbarwnych miejscach znikał bez zabarwienia, na silniej zaś zabarwionych na obwodzie Vitiligo z ciemnobrunatnym zabarwieniem i przychodzi do wniosku, że lichen ruber planus po sobie zostawia tem większe zabarwienie, im ciemniejsze jest zabarwienie skóry.

Orbäck—przy lichen atrophicus.

Stern przy świadzie, przytem zauważył, że miejsca bielactwem dotknięte są więcej podrapane.

Fox przytacza przypadek bielactwa nabytego, które było widocznem podczas lata, podczas zimy zaś znikalo.

Besnier przytacza Vitiligo ambulans przeważnie u młodych osobników; zjawia się ono naprzemian w różnych miejscach.

Niektórzy wreszcie autorowie obserwowali bielactwo nabyte przy herpes zoster, po eczema solare i po szkarlatynie, jak w moim 2 przypadku. Trzeci przytoczony przeze mnie przypadek, gdzie matka i dwóch braci cierpieła na bie-

lactwo nabyte naprowadza na myśl, czy i familijne usposobienie nie gra pewnej roli.

Ciekawym jest stosunek miejsc bezbarwnych do pilokarpiny; otóż pilokarpina wywołuje pewien stopień anhydrosis—zmniejszenia się wydzielania na miejscach bielactwa nabytego w porównaniu z normalnie zabarwioną skórą.

Przy bielactwie nabytem chorzy nie skarżą się ani na bóle, ani na swędzenie. W moich przypadkach, które badałem razem z neurologiem kol. Koelichenem, żadnych zmian w uczuciu dotyku, ucisku, bólu i temperatury nie znaleźliśmy, chociaż inni autorowie znajdowali pewną różnicę na miejscach bielactwa nabytego.

Tak, Königstein, asystent Ehrmanna w artykule Sensibilitätstörungen bei Vitiligo (Wien. kl. Woch. № 49—1911) przytacza 2 przypadki, w których różnica w uczuciu bólu i dotyku przy Vitiligo znaczna, mniej znaczna w uczuciu temperatury, a mianowicie miejsca bielactwa nabytego są mniej czule (unterempfindlich).

Kreibich znajduje również miejsca bielactwa nabytego mniej czulemi (unterempfindlich), brzegi zaś tych miejsc nadczule t. zw. Randzone. Wobec tego, że miejsca mniej czule przemawiają przeciwko procesowi zapalnemu, to Kreibich zadaje pytanie, czy podstawa osłabienia czułości leży w paraliżu ścianek naczyń, czy też aparatu nerwowych zakończeń w naczyniach. Kreibich wypowiada się za zaburzeniem nerwowem.

Leloir cały mechanizm choroby objaśnia zmianami zanikowemi nerwów skóry na miejscach bielactwa nabytego, gdzie znajduje zanik naskórka i skóry właściwej.

Chabrier, podobnie jak Leloir obserwował zanik nerwowych włókien, chociaż inni jak Marc i ja znajdują je normalnemi.

Gaücher widzi w bielactwie nabytem samozatrucie za pośrednictwem zmienionych nerwów.

Za tem, że bielactwo nabyte może być pochodzenia nerwowego przemawiają: 1) symetria, 2) częste współistnienie z alopecją (jak w moim pierwszym przypadku) i 3) pojawienie się bielactwa nabytego po psychicznym urazie.

Inni autorowie, jak Marc, oprócz zaniku skóry i nerwów, znajdują brak melanoblastów, anormalnie dużą ilość komórek tucznych (Mastzellen); w ostatnich Marc widzi skutek zanikowego stanu skóry, a Werman proces chorobliwy, pewne zaburzenia w tkance, oprócz tego widział

Marc zciężenie warstwy Malpigiusza, spłaszczenie brodawek i zwężenie włosowatych naczyń.

Bielactwo nabyte podług Marca należy do grupy zaniku skóry (Hautatrophie), przytem nietylko zaniku barwnika, lecz wogóle skóry i jest pochodzenia angiotrophoneurotycznego. Pod wpływem zmian w systemie nerwowym dochodzą naczynia pewnych odcinków skóry do stanu zaniku: dopływ pokarmu się zmniejsza, protoplazma komórek zmienia się i zbieranie się ziarenek barwnika ustaje, skóra zanika i odbarwia się pomalu.

Podług Ehrmanna proces polega na przerwie dostarczania barwnika przez chromatofory. Nowy barwnik się nie zjawia, a stary po dostaniu się do warstwy rogowej, znika w skórze razem ze zrogowaciałymi komórkami. Tegoż zdania jest i Blaschko. — Przeciwnie, na obwodzie ogniska Ehrman konstatuje melanoblasty wokoło naczyń brodawkowatych i na granicy nabłonka, również w komórkach części podstawowej spostrzegał chromatofory z początku grupkami, później gdzieniegdzie porzrucane.

Jarisch zauważył nacieczenie drobnokomórkowe wzdłuż naczyń, które wchodzą w miejsca bezbarwne, powiększenie endo i peritelia, i liczne komórki tuczne, na obwodzie zaś barwnik w większej ilości.

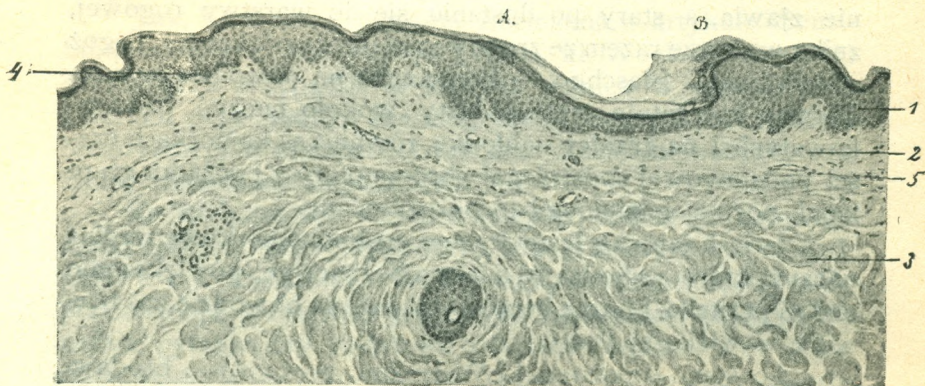
To samo spostrzegł i Wermann w warstwie brodawkowej w bliskości naczyń i gruczołów.

W moich trzech przypadkach, badanych histologicznie, komórek tucznych, ani plazmatycznych spostrzedz mi się nie udało, zmian w nerwach też nie zauważyłem, preparaty barwione metodą Bielschowskiego, wykazały zakończenia nerwów normalne, co i klinicznie mogłem stwierdzić, gdyż żadnych zaburzeń w uczuciu dotyku i temperatury nie zauważyłem. Chromatofory w warstwie nabłonkowej widać zaledwie gdzieniegdzie pojedynczo i to w najbardziej dolnych warstwach nabłonka. W większej ilości widać melanoblasty na obwodzie; w tkance łącznej chromatofory spostrzegalem wyraźnie, w normalnej liczbie, szczególnie w głębszych warstwach dermy, w mniejszej ilości w powierzchniowych warstwach; w dermie spostrzegali również chromatofory Darier, Ehrman, Werman i inni. Zmiany zanikowe zauważyć można w ściankach naczyń, a mianowicie: wyraźne zciężenia ścian naczyń.

Największe zmiany spostrzedz mogłem w warstwie nabłonkowej, szczególnie w górnej rogowej i brodawkowej.

— Brodawki, jak widać na rysunku między A i B, zupełnie spłaszczone. Na dwie główne sprawy zanikowe, a mianowicie zcieńczenie naczyń i zanik barwnika chciałbym zwrócić uwagę Szanownym Panom, przyłączyłbym się więc do zdania Ehrmana i Blaschki, że proces polega na przerwie dostarczania barwnika przez chromatofory, co może stać znów w związku z zanikiem ścianek naczyń. Tutaj może również mieć rację Kreibich, który wypowiada się za porażeniem nerwowych zakończeń w naczyniach.

Wogóle, w skrawkach, otrzymanych z miejsc bielactwa nabytego, utrwalonych w formalinie lub płynie Müllera i barwionych wieloma metodami, zauważyłem:



Rys 2

- 1) znaczne zcieńczenie warstwy rogowej;
- 2) warstwa świetlana ledwie widoczna;
- 3) warstwy ziarnista i kolczasta zmniejszone i mało wyraźne;
- 4) warstwa brodawkowata znacznie zmieniona, brodawki prawie wygładzone.

Wogóle, zanik całego nabłonka (1) i zanik warstwy podnabłonkowej (2) z dużym zmniejszeniem ilości jąder łącznotkankowej warstwy do warstwy klejodajnej, która ani w torebkach włosowych, ani w gruczołach łojowych i potowych i w nerwach żadnych zmian nie przedstawia.

Rozpoznanie. Odróżnić bielactwo nabyte od innych, podobnych do niego chorób, względnie łatwo.

I tak: sclerodermia jakkolwiek daje miejsca bielsze od normalnie zabarwionej skóry rozmaitej wielkości i często

okrągławe, podobne do miejsc bielactwa nabytego lecz przy dotyku twarde, innej niż normalna skóra spoistości, tymczasem miejsca bielactwem dotknięte są konsystencyją skóry normalnej, trochę zaledwie jakby delikatniejsze.

I od alopeciae areatae łatwo odróżnić Vitiligo.

Miejsca bielactwa nabytego na owłosionej części skóry przedstawiają się miejscami często okrągłemi, jak widać na załączonej fotografii, lecz zawsze porośłemi włosami białymi często śnieżnobiałymi, gdy tymczasem na miejscach alopeciae areatae brak włosów zupełny.

W Turkiestanie panuje choroba, podobna do bielactwa nabytego, a mianowicie spotkać tam można białe symetryczne miejsca u trędowatych — la leucodermie éndémique du Turkestan. — Darier przyjmuje chorobę tę za Vitiligo achromateux a Besnier, jako pseudoviteligo.

Wreszcie Darier przytacza przypadek Dyschromies congenitales przy czerniactwie umiejscowionem są to białe miejsca na skórze, naśladujące bielactwo.

Podług Darier'a jest to objaw zwykle wrodzony, bardzo wczesny, może zmieniać barwę, lecz figury swojej nie zmienia, Darier widział podobny objaw u 5 braci.

Leczenie. Zupełnego wyleczenia bielactwa nabytego nie możemy osiągnąć żadnym sposobem i żaden też autor nie podaje radykalnego środka na tę chorobę.

Wyjątkowo Ehrman widział po wielu latach trwającego bielactwa nabytego pojawienie się w jednym przypadku miejsc normalnie zabarwionych.

Również wyjątkowo opisuje Besnier wyzdrowienie po kilku latach trwającego bielactwa nabytego.

Niektórzy lekarze stosowali to promienie słoneczne, to lampy Finsena lub Kromayera, to wreszcie fioletową lub Uviollampę.

Ehrman zauważył powstawanie pod wpływem słońca wysepek ciemnobrunatnych lub żółtobrunatnoczerwonych.

Sam również obserwowałem pojawienie się ciemnobrunatnych wysepek już po tygodniowem zastosowaniu promieni słonecznych; chora wystawiała miejsca dotknięte bielactwem nabytym na działanie promieni słonecznych codzień na godzinę.

Montgomery przytacza pojawienie się barwnika po naświetlaniu lampą Finsena.

Buschke wywoływał barwnik po naświetlaniu kwarcową lampą Kromayera, bogatą w ultrafioletowe promienie już po 2 minutach.

Dalej Ehrmann po naświetlaniu Uviolampą obserwował w jednym przypadku bielactwa nabytego wysepki barwnikowe, przytem i okolica Vitiligo więcej okazała się zabarwioną. W barwniku tym Ehrmann rozpoznaje hämosiderinę (a nie melaninę).

Moser wywołał zabarwienie na miejscach Vitiligo za pomocą fioletowego światła.

Wreszcie prof. Oltramare spostrzegł zabarwienie przy działaniu gorąca.

Wogóle, na miejscach bielactwa nabytego możemy wywołać zjawienie się barwnika czy to za pomocą świetlnych promieni lampy Kromayera (Buschke, Stein), czy to za pomocą promieni ciepłych — termicznych (Moser), czy to promieni słonecznych (Ehrmann i ja), czy to przy pomocy śniegu kwasu węglowego.

Barwnik zjawia się w formie rozsianej nieprawidłowej i ma pewne stadium wylegania, wreszcie może zniknąć.

Barwnik ten leży wewnątrz i zewnątrzkomórkowo i morfologicznie jest indentychny z barwnikiem skóry.

Nie daje on reakcyi na żelazo, jest kwasoodporny, rozpuszcza się w nadtlenu wodoru (hydrogenium hyperoxydatum) barwi się polichrommenthylenblau na zielono i czerni się od srebra, daje zatem reakcyę melaniny.

Jako składniki barwnika Spiegler przytacza Tryptophan i Azeton; możliwem też jest, że udział w tworzeniu barwnika przyjmują podług Spieglera i inne aromatycznej grupy białka, a mianowicie Tyrozyna i kwas Phenylaminopropionowy.

Ciekawą rzeczą jest, że i eksperymentalnie dowiedzionym został wpływ nerwów na wytwarzanie się barwnika.

Tak, Ehrmann spostrzegł, że po przecięciu nerwów skóra żaby robiła się jasną.

Leydig widział skórę żaby jasną po przecięciu mózgu.

Zakończenie. Wreszcie na zakończenie pozwolę sobie powiedzieć słów kilka o melanoblastach i ich roli.

Od czasu prac Köllikera z r. 1860 pozostała nierozstrzygniętą rola melanoblastów vel chromatoforów.

Obecność ich zarówno w skórze, jako i w naskórku daje do myślenia, czy powstały one z tkanki łącznej i powe-

drowały do nabłonka, aby mu dostarczyć barwnik, czy też są to zróżniczkowane komórki nabłonkowe, które mają własność wytwarzać barwnik. Kölliker, a za nim Kerbert, Riehl, Aeby i inni przyjmują je za pochodzące z tkanki łącznej.

Ehrmann uważa melanoblasty za pochodzące z mesodermi, jako znajdujące się na granicy nabłonka i dermy i już w r. 1884 zwraca na nie uwagę, jako na komórki, wytwarzające barwnik w nabłonku. Co zaś do samego barwnika, to on, podług Ehrmanna występuje na skutek funkcji protoplazmy, która czerpie materiał z krwi.

Waldyer, Kromayer, Jarisch, Meitrowsky są zdania, że barwnik powstaje w nabłonku i że melanoblasty należy rozpatrywać jako pochodzenia nabłonkowego.

Ostatnio w numerze kwietniowym Wiener kl. Woch. 1911 r. poruszył tę kwestę prof. Tanako z Osaki w Japonii i przychodzi do następujących wniosków:

1) Komórki nabłonka i komórki tkanki łącznej mogą samodzielnie i niezależnie tworzyć barwnik.

2) Rozgałęzione komórki barwnikowe w nabłonku są pochodzenia nabłonkowego.

3) Nadmiernie wytwarzany barwnik w warstwie nabłonkowej bywa z tejże wtlaczany do dermy i tutaj przejęty przez leukocyty i komórki tkanki łącznej.

4) Dalsze rozprawienie barwnika może mieć miejsce przy pomocy dróg chłonnych.

5) Melanoblasty w skórze właściwej nie odgrywają żadnej roli w tworzeniu się barwnika w nabłonku, i są przez prof. Tanakę rozpatrywane, jako zawierające barwnik komórki tkanki łącznej.

Znajdowane przezemnie i w nabłonku i w skórze właściwej melanoblasty, przytem w nabłonku gdziekolwiek, a w dermie w znacznie większej ilości pozwalają przypuszczać, że komórki nabłonka i komórki tkanki łącznej mogą niezależnie tworzyć barwnik.

LITERATURA.

- 1) Dr. Robert Stern. — Ueber experimentell erzeugtes Pigment in Vitiligo Arch. f. Derm. 1909. (Aus der dermat. Univ. klin. zu Bern. Vorstand prof. Jadassohn).

- 2) Dr. Hans Königstein. Sensibilitätsstörungen bei Vitiligo. — Wiener Klin. Woch. 1910
- 3) Dr. Hans Königstein — Ueber postmortale Pigmentbildung. — München Med. Woch. 1909, Nr. 45, 49. — 8. XII.
- 4) Prof. Dr. Moritz Kaposi. — Pathologie und Therapie der Hautkrankheiten. — Wien. — 1900.
- 5) Prof. Dr. Unna — Monatsheft. f. pr. Derm. 1885.
- 6) Prof. Dr. Ehrmann. — Arch. f. Derm. u. Syph. 1892.
- 7) Dr. Hans Königstein. — Ueber die Beziehungen gesteigerter Pigmentbildung zu den Nebennieren.
- 8) Kreibich—Ueber lokale Unterempfindlichkeit der Haut. Arch. f. Derm. Band. 103.
- 9) Kreibich. — Ueber nervöse Ueberempfindlichkeit der Haut Arch. f. Derm. Bd. 93.
- 10) Prof. Ehrman. Ueber experimentell erzeugtes Pigment in Vitiligo Arch. Bd. 97.
- 11) Prof. Tanako. — Beiträge zur Kenntniss der menschlichen Hautpigmentierung (Osaka—Japon). Wiener. kl. Woch. Nr. 14 —1911.
- 12) Ohmann Dumesnil. — Symmetrische Vitiligoeflecke Arch. 1884.
- 13) Ehrmann. Untersuchungen über die Physiologie und Pathologie des Hautpigmentes.
- 14) Schmidt's. Jahrbuch, 1908, str. 191. Vitiligo Concomitant par Renault. Syphilide pigmentaire du cou étendue à toute la partie antérieure de la poitrine.
- 15) Dr. Näcke. — Ein Beitrag zur Pathogenese des Albinismus partialis acquisitus. Berl. Kl. Woch. 1881.
- 16) W. Örbäck. — Lichen atrophicus und Vitiligo Arch. f. Derm. 1899.
- 17) Spiegler. — Beiträge zur chemischen Physiologie und Pathologie.
- 18) Dr. Serg. Marc in Tyflis. — Beiträge zur Pathogenese der Vitiligo und zur Histogenese der Hautpigmentirung — Virchow's Archiv. 136—1894.
- 19) La Pratique dermatologique—Tome Quatrième—Paris 1904.

LITERATURA

Dr. Robert Stein — Ueber experimentelle Vitiligo
 in Virchow's Archiv. 1909, Nr. 45, 49. — 8. XII.

III.

Znaczenie i wartość odczynu Wassermanna ze szczególnem uwzględnieniem wskazań leczniczych.

(Referat na Zjeździe Lek. i Przyrodn. Polskich w Krakowie).

Zestawił

Dr. Feliks Malinowski.

(Dokończenie).

Zarazem z tego wynika, że szczególnie w późniejszych okresach syfilisu liczba dodatnich odczynów znacznie się zmniejsza zależnie od energicznego leczenia, a także od wczesnego rozpoczęcia kuracji. Czyli leczenie usuwa nie tylko widoczne objawy, lecz także prawdopodobnie zależne od choroby biologiczne zmiany w krwi.

Odnosnie zaś do działania poszczególnych kuracji rtęciowych t. j. działania tego środka zaraz po zastosowaniu, znajdujemy pewną różnicę zdań: Müller badał wogóle 48 przypadków przed i po zastosowaniu rtęci, z tych 29 t. j. 60,4% nie wykazywały żadnej różnicy w sile odczynu, osłabienie odczynu, aż do zupełnej hemolizy wskazało 18 przypadków.

Przytem przy pierwszych wysypkach i wczesnych nawrotach łatwiej odczyn dodatni przechodził w ujemny, niż przy późnych nawrotach i trzeciorzędowych postaciach. Heller badał stale 77 luetyków w przeciągu leczenia, w tej

liczbie u 20, którzy przed leczeniem mieli odczyn ujemny, pozostał się on po leczeniu w 18 razach, a przeszedł w dodatni w 2 przypadkach z pierwotnymi owrzodzeniami, a u 57, którzy przed leczeniem mieli odczyn dodatni, pozostał się on dodatnim w 18 przypadkach, osłabił się w 17, a przeszedł w ujemny w 22 ch.

Müller zauważył, iż najporczywsze przypadki były z przymiotem dziedzicznym i z szybko powtarzającymi się nawrotami.

Blumenthal i Roscher zauważyli, iż reakcja dodatnia utrzymała się często pomimo forsownego leczenia, a w 5 przypadkach na 33 z odczynem ujemnym przed leczeniem, po leczeniu stał się on dodatnim.

Boas podaje, iż u 76 na 82 luetyków odczyn dodatni przeszedł po leczeniu w ujemny.

Blaschko na 90 przypadków otrzymał po leczeniu 84% wyników ujemnych lub słabo dodatnich.

Springer otrzymał po leczeniu we wcześniejszym okresie odczyn ujemny w 86,6% (z objawami), 75% (okres utajony), a w późnym w 20 %.

Feuerstein na mocy swych licznych i sumiennych badań dochodzi do następujących wniosków:

- 1) leczenie rtęciowe wpływa niewątpliwie w większości przypadków na ustępowanie dodatniego odczynu.
- 2) Ustępowanie to jest tem częstsze, im energiczniejsze jest leczenie rtęciowe.
- 3) Najczęściej ustępuje dodatni wynik po leczeniu wstrzykiwaniem rozpuszczalnych soli rtęciowych, podlegających szybkiemu wessaniu.
- 4) W niektórych przypadkach wynik dodatni nie ustępuje pomimo energicznego leczenia i pomimo, że zewnętrzne objawy kiły ustąpiły wśród tegoż zupełnie.

Zaznaczę, iż według Citrona najlepiej działają na przejście odczynu dodatniego w ujemny wcierania, Hönnemu znów najlepsze wyniki dawał kalomel, inni wreszcie badacze, jak Pürchkauer, Blaschko, nie zauważyli, aby rozmaite sposoby stosowania rtęci, jako też różne jej preparaty wywierały niejednakowy wpływ na znikanie dodatniego odczynu Wassermann'a.

Wszyscy więc autorowie stwierdzają niewątpliwy wpływ leczenia rtęciowego na ustępowanie dodatniego odczynu.

Różnicę widzimy tylko w odsetkach.

Być może zależy ona od siły leczenia, mogą zaś tutaj działać nieuchwytnie dla nas czynniki.

Zachodzi teraz pytanie, czy czasem rtęć, wprowadzona do surowicy krwi nie wpływa bezpośrednio sama przez się na wynik próby.

Bruck w drodze doświadczalnej stwierdził, iż dodatek sublimatu do surowicy kiłowej *in vitro* nie wpływa zupełnie na wynik próby.

Jednak Kiralyti z jednej strony, a Epstein i Příbran z drugiej ogłosili, iż dodatek w bardzo wielkim rozcieńczeniu sublimatu do surowic luetycznych zmienia odczyn dodatni na ujemny.

Do tych samych wyników doszedł Feuerstein i Satta z Donattim. Feuerstein jednak, dzięki swym bardzo pomyślowo przeprowadzonym badaniom, dochodzi do wniosku, iż rtęć po leczeniu nie może krążyć w surowicy w postaci sublimatu, i że według wszelkiego prawdopodobieństwa surowice kiłowe po leczeniu nie zawierają w sobie rtęci w postaci i w ilości potrzebnych do bezpośredniego rozpuszczania krwinek; wobec czego nie mamy prawa przypisywać przestoczenia się dodatniego wyniku po leczeniu czysto hemolitycznym własnościom zawartej w surowicy rtęci.

Bruck i Sternówna, a w ostatnich czasach i Brauer starali się dowieść, iż nie tylko dodatni odczyn ustępuje po leczeniu nie skutkiem obecności w surowicy rtęci, lecz że leczenie rtęciowe działa wprost na jad kiłowy, nie dopuszcza do wytwarzania przezeń reaginów.

Nie tylko zapomocą rtęci ale i jodu udaje się niekiedy usunąć dodatni odczyn Wassermanna, jak to twierdzi Lesser.

Bizzozero mógł również zanotować pewien wpływ jodu na zmianę reakcyi, jednak zmiana ta jest słabsza i nie tak stała, jak przy rtęci. Doświadczenia Stümpka i Brucka stwierdziły, iż zmiana odczynu w tych razach nie zależy od bezpośredniego oddziaływania wprowadzonego do surowicy krwi jodu.

Słabo bardzo działa dekokt Zittmana. Sternowi z pomiędzy 14 chorych, leczonych tym środkiem, udało się odczyn dodatni sprowadzić w ujemny tylko w 1 przypadku.

Z powyżej wyluszczonego wnioskujemy, iż wpływ kuracyi na odczyn wprawdzie jest obecny, ale nie zawsze natychmiast wyraźnie i prawidłowo występuje.

Nawet za pomocą szczególnie energicznej kuracji nie zawsze udaje się sprowadzić odczyn dodatni w ujemny. Zmiana odczynu nie jest zawsze stała; po pewnym czasie ujemny odczyn może przejść znów w dodatni, skutkiem czego na podstawie jednego ujemnego wyniku nie można wyciągać daleko idących wniosków.

Zdarzają się przypadki, w których wynik dodatni ustąpił po leczeniu wraz z ustąpieniem objawów klinicznych i pozostał ujemnym pomimo nawrotu, który wkrótce potem wystąpił, a początkowo ujemny zamienił się w dodatni w środku leczenia rtęciowego lub po skończeniu tegoż.

Dodatni wynik utrzymuje się u chorych, nie leczonych przez dłuższy przeciąg czasu, bez zmiany, ale znane są też przypadki (Mulzer, Fischer), w których spostrzegano wahanie się wyniku próby niezależnie od leczenia.

Ta rozbieżność pomiędzy danymi prognostycznymi, a dotychczasowymi wynikami terapeutycznymi, każe nam ciągle pilnie poszukiwać nowych środków, nowych metod leczenia przymiotu.

W ostatnich czasach największą uwagę zwrócił na siebie atoxyl, arsacetyna hectyna, arsenophenylglycina, a przede wszystkim salvarsan.

Atoxyl (Lesser) i arsacetyna nie działają lub wogóle działają bardzo słabo. Hectyna według moich doświadczeń 2 razy tylko na 28 przypadków po użyciu 3—4 pudełek H. B. przemieniła odczyn dodatni w ujemny, i to robiony po 3 miesiącach odczyn Wassermanna wykazał znowuż odczyn dodatni.

Arsenophenylglycina według Alta dała już znacznie lepsze rezultaty.

Najsilniejsze jednak bez zaprzeczenia działanie na odczyn Wassermanna posiada salvarsan, o ile to można wynioskować z dopiero blisko 2 lata trwających badań.

Według dotychczasowych spostrzeżeń po jednorazowym zastosowaniu tego środka dodatni odczyn Wassermanna przechodził w ujemny nadzwyczaj często bo w 92% u Schreiberera, 90% u Wechselmanna, czasem jednak nadzwyczaj rzadko, bo w doniesieniu Bageta w 3%.

Należy przytem zaznaczyć, że w wielu bardzo przypadkach po krótkim przeciągu czasu odczyn ujemny znów przechodził w dodatni. Jednak po kilkakrotnem zastosowaniu salvarsanu liczba dodatnich odczynów stale się zmniejszała. Ciekawymi pod tym względem są spostrzeżenia

Geronne'a. Na 125 przypadków z II i III rzędowego okresu po pierwszym zastrzyknięciu w 57 odczyn dodatni przeszedł w ujemny, podczas gdy w 67 pozostał bez zmiany. Po powtórnym jednak zastrzyknięciu na 32 z liczby tych ostatnich odczyn Wassermanna jeszcze u 25 przeszedł w ujemny.

Ja, stosując już od półtora roku blisko salwarsan, leczylem tym preparatem przeszło 1500 osób. Stale jednak bserwowanych i dłużej znacznie, niż pół roku trwających spostrzeżeń zebrałem względnie niewiele.

U 11 osób z owrzodzeniem pierwotnym odczyn pozostawał stale ujemnym, i objawy wtórne nie wystąpiły. Przemawia to bardzo za wczesnem leczeniem kiły natychmiast po rozpoznaniu jej za pomocą wykrycia krętków bładnych. Również pod tym względem większe dawki 0,8—1,0 i zastrzyknięte śródmięśniowo dały lepszy rezultat, niż mniejsze i zastrzyknięte śródżylnie.

W okresie drugorzędowym jawnym i utajonym ilość przypadków obserwowanych stale i dłużej niż $\frac{1}{2}$ roku wynosi 86. Z tej zaś liczby po jednym zastrzyknięciu zmieniony w ujemny odczyn Wassermanna pozostał takim do tej pory u 18 chorych, po 2 zastrzyknięciach u 15, po 3 zastrzyknięciach i stosowaniu rtęci w odstępach 33. U pozostałych zaś 20 odczyn Wassermanna albo zupełnie nie przechodził w ujemny, lub tylko na pewien czas. Cyfry te przemawiają silnie za stosowaniem salwarsanu w drugorzędowym okresie, a w przypadkach szczególnie uporczywych — salwarsanu z rtęcią. W trzeciorzędowym okresie jawnym i utajonym chorych obserwowanych stale dłużej, niż $\frac{1}{2}$ roku mam 47. Z tej liczby odczyn dodatni przeszedł w ujemny na stałe po 1 zastrzyknięciu w 8 przypadkach, po powtórnym w 14, a po trzechkrotnym stosowaniu salwarsanu i forsownem leczeniu rtęcią i jodem tylko u 6 chorych pozostał się dodatnim. I tutaj w uporczywszych przypadkach skombinowane działanie salwarsanu i rtęci z jodem jest bardzo widoczne. Nadmienię, iż w 8 przypadkach, w tem w 5 przypadkach parasyfilisu, przeważnie wiądu rdzenia, pierwotny odczyn ujemny przeszedł w dodatni, wprawdzie po bardzo niewielkich dawkach, prztem po większych powtórnym w kilku razach przeszedł na stałe w ujemny. Ten objaw możnaby chyba objaśnić, przyjmując za podstawę odczynu pierwotną teorię o niwecznikach.

Cierpienia parasyfilityczne wogóle zachowały się odnośnie do odczynu Wassermanna zmiennie, często odrotnie. Zresztą z tych ostatnich przypadków ze względu na stosowanie b. małych dawek trudno wyciągnąć pewniejsze wnioski.

W salwarsanie mamy więc drogocenny środek, który być może umożliwi w każdym przypadku otrzymanie na stałe ujemnego odczynu.

Sam salwarsan, jako taki, według doświadczeń Mayera *in vitro*, w dawkach, przewyższających nawet wprowadzany do ustroju, nie miał żadnego wpływu na wyraźnie dodatnie lub ujemne odczyny; w jednym tylko przypadku podziałał na zwiększenie hemolizy.

Na mocy powyższego dochodzę do następujących wniosków odnośnie terapii. Leczenie należy rozpocząć z chwilą rozpoznania syfilisu, nie czekając w 1-szo rzędom okresie na zjawienie się dodatniego odczynu Wassermanna.

Leczenie to powinno trwać nietylko do zniknięcia objawów, lecz możliwie do ustąpienia dodatniego odczynu.

Wynik dodatni w okresach utajenia jest wskazaniem do dalszego leczenia.

Wynik ujemny, stale otrzymywany w późnym utajonym okresie syfilisu, gdy kuraćcyca nie była już dłuższy czas stosowana, wskazuje na zaprzestanie leczenia.

II.

SPRAWOZDANIA.

SEKCJA SKÓRNO-WENERYCZNA W WARSZAWSK. TOWARZYSTWIE LEKARSKIM.

Protokół posiedzenia z dnia 7/IV 1911.

1) Kol. W ortman przedstawił przypadek Tuberkuli-
des papulo-nectoricæe.

N. N. lat 12. W okolicy łokciowej oraz na grzbietowej po-
wierzchni dłoni znajdują się grudki wielkości od ziarenka prosa do
soczewicy, także grudki kształtu stożkowatego widać na twarzy
piersiach, dolnych kończynach na stronie rozginaczy. Grudki są nie-
bolesne, nie powodują swędzenia. Skóra nad niemi mało zmienio-
na, barwy blado-różowej, bez halo inflammatoria. Na samym wierz-
chołku grudki widać gdzieś strupek, sięgający w głąb skóry
i z trudnością się oddzielający. W wielu miejscach, a przeważnie na
skórze górnych kończyn i tułowia zauważyć można małe gładkie
bliznki pigmentowane, lub też zupełnie bezbarwne. Choroba datuje
się od lat najmłodszych. W rodzinie gruźlicy niema. W narządach
wewnętrznych nie nieprawidłowego wykryć się nie dało.

2) Przewodniczący kol. W atraszewski przedstawił ko-
bietę lat 38 z rozległym bliznowcem okolicy żuchwo-
wej i podżuchwowej prawej. Bliznowiec powstał po opa-
rzeniu gorącą wodą.

Omawiając metody leczenia bliznowców W. zaznacza, że przy-
żegania nie dają dobrych wyników, zaś po wycięciu prawie stale
sposstrzegać można nawroty. Stosowanie fibrolyzyny również nie
dało mówcy dobrych wyników leczniczych. Kol. Wesołowski
zaleca radium, miał też wyniki przy elektrolizie. Kol. Ster-
ling chwali radium przy bliznowcach. Kol. Bernhardt za-
leca następujące metody: 1) wycięcie doszczętne—rentgenoterapia,

2) elektrolyza+rentgenoterapia, 3) radium ewent. radium+fybrolizina. Zwraca też uwagę na zapobiegawczą wartość fibrolizyny, którą należy stosować w okresie gojenia się oparzeń głębokich.

3) Kol. Bernhardt przedstawił 21-letniego K. z lupus tumidus faciei, doskonale poprawionego przy wyłącznem stosowaniu Alt-Tuberkuliny.

4) Kol. Bernhardt przedstawił 69-letniego P. z tuberculides papulo-necroticae.

Osiągnięto zupełne wyleczenie przy stosowaniu Alt-Tuberkuliny.

5) Kol. Racinowski przedstawił 19-letniego chorego z rozległym Keratosis follicularis.

Posiedzenie dnia 5/V 1911 r.

1) B. Zaleski przedstawił chorego z Lichen ruber planus penis: Chory H., lat 36, o dobrym ogólnym wyglądzie, zauważył przed 9 miesiącami na żołądki i w rowku pozażołądkowym czerwone plamki, swędzące, stopniowo się rozszerzające. Obecnie na żołądki z prawej strony znajduje się wykwit w postaci prawie prawidłowego kółka, wielkości 15-kopiejkowej srebrnej monety, barwy sinawo-czerwonej. W środku tego wykwitu widać skórną wyraźnie zanikową, poprzez którą wyraźnie przeświecają drobne naczyńka krwionośne. Wykwit jest otoczony obwódka bardziej czerwona. Obwódka ta składa się z wyraźnych poszczególnych drobnych płaskich grudek kształtu wielokątnego. Środki te w niektórych częściach obwódki, zlewając się, tworzą jedno pasemko. Dwa podobne wykwyty, tylko nieco większe, znajdują się w rowku pozażołądkowym, przechodząc na skórę prącia. Na skórze ciała żadnych wykwitów nie widać; tylko na błonie śluzowej jamy ustnej poza lewym kątem ust widzimy niewielką ograniczoną leukoplasię.

W dyskusji Kozerski zauważył, że ze względu na stan zanikowy skóry możnaby dodać Lichen ruber planus atrophicans.

Watraszewski zwraca uwagę, że wykwyty tego rodzaju bardzo trudno ustępują pod wpływem leczenia, stosowanego przy Lichen ruber planus.

2) J. Wiśniewski przedstawił chorą z Vitiligó.

O. St. lat 19 panna pochodzi ze wsi z rodziców zdrowych, ma jedną starszą siostrę zdrową. Żadnych infekcyjnych chorób nie przechodziła. Przed laty 4 narzekała na ból w dołku, który przeszedł sam przez się niedawno temu. Menstruatio zjawiała się w 16 r., bez bólu co miesiąc regularnie; trwa 3-4 dni. Na ból głowy nie narzekała.

Lues nie przechodziła. Vitiligo spostrzegła chora przed laty 6 w postaci dużej dziesiątki za prawem i lewym uchem. W rok później chora spostrzegła Vitiligo w górnej części mostka i przedniej części brzucha. Obecnie choroba rozprzestrzeniła się do dolnego brzegu szyi ze wszystkich stron, w dół doszła do pasa, do połowy brzucha z przedniej i tylnej powierzchni. Kończyny są wolne od choroby. Chorej zaleciłem wystawiać chore miejsca na działanie słońca codzień po godzinie. Po tygodniu zauważyłem w niektórych miejscach na piersiach wysepki normalnej skóry. Szkoda, że chorą stracił z oczu, gdyż wyjechała z Warszawy. (Autoreferat).

R. Bernhardt.

III.

REFERATY.

ARCHIV FÜR DERMATOLOGIE UND SYPHILIS.

O wykazaniu bakterij gruźliczych i ziarnistości Much'a w *Lupus Vulgaris*, *Lupus Erythematodes*, *Erythema induratum Bazin*, *Lupus Pernio* i w *Papulonecroticum Tuberculid*. Dr. S H i d a k a—Japonia.

Autor bierze sobie za zadanie ocenę wartości metody mikroskopowego wykazania obecności bakterij gruźliczych w dyagnostyce chorób skórnych.

Każdemu dermatologowi wiadomem jest, jak trudno nawet w zupełnie pewnych formach gruźlicy skóry, naprzykład w wilku, doszukać się pałeczek Kocha; nieznanie zatem tych bakterij w przypadkach niepewnych nie może nam nic przeciwko gruźlicy mówić, zupełnie inaczej trzeba patrzeć na pozytywny rezultat podobnych poszukiwań, jeżeli są one przeprowadzone tak dobrymi metodami, jak Much'a i Uhlenhuth'a. Much podał zmodyfikowaną metodę barwienia Gram'em, wyborną dla różniczkowania tych ziarnistych form pałeczek Koch'a, które się Ziehl'em nie barwią. Uhlenhuth wprowadził do techniki lekarskiej antiforminę, która posiada zdolność rozpuszczania tkanki, pozostawiając nietkniętymi bakterje gruźlicze. Antiformina, usuwając w ten sposób z polubadania przeszkadzające resztki tkanki, czy śliny, przyczynia się jakby do pomnożenia samych pałeczek. Trzema zatem metodami barwienia się posługując i robiąc z każdego przypadku po 15–30-tu, a w *Lupus Pernio* do 60 preparatów udało się autorowi w 11-stu przypadkach *Lupus Vulgaris* bez wyjątku w każdym (ziarnistości Much'a), w jednym przypadku *Erythema Induratum Bazin*, z 5-ciu przypadków *Lupus Erythematodes*—w trzech i w jednym przypadku guzkowo nekrotycznego *Tuberculidu* wykazać zupełnie pewne bakterje gruźlicze.

Wąpliwości można mieć tylko co do wyników w *Lupus Erythematodes*, szczególnie, jeżeli się stoi na punkcie widzenia Neisserowskiej szkoły (prawdziwy *Lupus Erythematodes* w żadnym razie nie stoi w związku z gruźlicą, a pozytywną reakcyę po zastrzyknięciu tuberkuliny, zdarzającą się, niekiedy przy *Lupus Erythematodes* może warunkować jednoczesna, w tym samym organizmie gruźlica) i tutaj autor, stojący właśnie na tym punkcie widzenia, stara się rezultat swoich badań raczej tak wytłumaczyć, że może są jakieś inne bakterje, które barwią się podobnie, jak ziarnistości Much'a, albo, że owe bakterje gruźlicze do ognisk chorobowych w skórze przedsta-

ły się ze krwi. Poszukiwania w Lupus Pernio (60 skrawków) wypadły zupełnie ujemnie i, chociaż autor w tym przypadku każe nam do wyników własnych odnosić się z dużym krytycyzmem, to jednak mogą one posłużyć, jako jeszcze jedna cegiełka do budowy idei, że Lupus Pernio z gruzlicą nie ma nic wspólnego.

I oto przy końcu swej pracy Hidaka dochodzi do wniosku, że zgoła pewnym i zaufania godnym czynnikiem dyagnostycznym są owe badania mikroskopowe skrawków danej tkanki, obwarowującemi zaś jeszcze bardziej dyagnozę są hodowle bakteryjne i szczepienie na zwierzętach.

Dr. S. Rygierówna—Wrocław.

Superinfectio syphilitica (z dermatolog. oddziału Rudolf—Virchow szpitala w Berlinie) Dr. Fritz Lipschitz.

Najstarsi badacze kity uważali odporność, zdobytą przez jednorazowe jej przebycie, za coś nie podlegającego krytyce: Ricord, von Baerensprung, Siegmund, Hebra, który syphilis uważał za chorobę nieuleczalną. Pierwszy Diday obalił to zdanie, publikując 20 przypadków reinfekcji, gdzie wyleczenie z pierwszego zakażenia zaszamanizowane było wysmienicie powtórna kiłową infekcją. Potem nastąpiły liczne wzmianki Köbner'a, Goscoyen'a, Hutschinson'a, See, Huggenberger'a, Pospelow'a i Haslund'a, które potwierdziły zdanie Diday'a; John nakoniec pierwszy zestawił wszystkie znane dotąd przypadki reinfekcji syphilitica, przytem możność nazwania danego przypadku „reinfectio“ zawarunkował w ten sposób, że: 1) pierwotne i powtórne zakażenie musi być obserwowane przez jednego i tego samego lekarza, 2) muszą być obecne wszystkie następujące symptomata: przy zakażeniu pierwotnem: Sclerosis initialis, adenopathia, roseola, pap. i t. d.; przy zakażeniu powtórnem: sclerosis initialis, adenopathia, exanthemata etc.

Pomocnymi do wyświeatlenia kwestyi o odporności na zarazki kiłowe będą niezawodnie przytoczone przez autora 2 przypadki, zasługujące na uwagę przez to, że przy obecności zupełnie pewnych objawów kity drugorzędnej wystąpiła jednocześnie zmiana pierwotna, chodzi tu zatem o tak zwaną superinfekcję. „Superinfectio“ więc byłoby to powtórne zakażenie się syfilisem chorego, znajdującego się w stadium kity drugorzędnej, zaszamanizowane pojawieniem się typowej zmiany pierwotnej (sclerosis initialis). Źródło owego zakażenia może być w rozmaitych przypadkach różne: można myśleć o pewnych właściwych cechach odporności danego organizmu, albo też o jakimś specjalnym rodzaju krętków białych, przytem zakażenie może powstać drogą stosunku płciowego, albo autoinokulacji, (4 przypadki, ogłoszone przez Hutschinson'a junior) gdzie również przy odpowiednich warunkach można mówić o superinfekcji, jak np. w pewnym, b. ciekawym przypadku Hutschinson'a jun., gdzie w 2 miesiące po przebytej zmianie pierwotnej na praeputium i wysypce drugorzędnej—na wskazującym palcu prawej ręki znów się zjawiała sclerosis initialis.

Można by na tem miejscu zwrócić uwagę na pewien eksperyment dobry dla potwierdzenia dyagnozy o superinfekcji, a mianowicie na możliwość zaszczepienia autojadu, albo jadu z innego organizmu

dla przekonania się, czy wogóle pacjent jest osobnikiem podatnym dla superinfekcji. Wogóle na chorych kilowych działają takie szczepienia jadu luetycznego, jak zwykle inne wpływy chemiczne, termiczne, mechaniczne.

Jeżeli chodzi o przebieg kily w przypadku superinfekcji, to nie ma on w sobie nic nadzwyczajnego, nie przebiega ona ani ciężiej, ani dłużej, niż zazwyczaj.

Jeżeli już raz zgodziliśmy się na to, że superinfekcja istnieje, to teraz staje przed nami pytanie, czy jest to forma przymiotu rzadka, czy wchodzi tu w grę może stosunki tylko nienormalne. I oto odpowiedzieć na to pytanie jeszcze teraz nie możemy wobec niesłychanie małej ilości podobnych publikacji; doświadczenia jednak ostatniej doby na małpach mówią nam raczej co innego: za Miecznikowem i Roux poszedł Lassar, Finger, Landstein, Neisser nakoniec, który na podstawie swoich eksperymentów wnioskuje, że stan człowieka, który kilę już przebył, i u którego nie zjawia się już druga sclerosis — nie jest identyczny z tem, co nazywamy odpornością — (Immunität) Finger, Landstein i Kolle — Hatsek idą jeszcze dalej, mówiąc, że przez przebycie infekcji nie zdobywa się wogóle żadnej odporności. A może możnaby superinfekcję objaśnić różnicą, jaka istnieje między jadem, znajdującym się już w organizmie, a tym, który wywołał drugą sclerosis initialis; jest to jednak niemożliwe, gdyż przeczą temu przypadki inokulacji, jak np. te, opisane przez Hutschins'ona.

Pozostaje zatem jeszcze jedna tylko idea, że może w jednym i tym samym czasie nie tylko organizm, ale nawet oddzielne jego części są niejednakowo uodporniane i tak np. skóra może być w rozmaitych miejscach mniej, albo więcej na zakażenie wrażliwa: w jednym miejscu przychodzi do wytworzenia się sclerosis, w innym nie.

Przyjąwszy tę ostatnią ideę, możnaby objaśnić owe udane i nieudane szczepienia na małpach i superinfekcję, która nie wydaje się być taką rzadkością, jaką jest wskutek może niedokładnych obserwacji obecnie.

Dr. S. Rygierówna — Wrocław.

Zatrucie Arsenikiem z siateczkowatą (retikularna) Melanodermią.
Dr. Bosellini z kliniki permat. w Bolonii (Dyr. pr. D. Majocchi).

Autor przytacza 2 przypadki zatrucia arsenikiem z objawami skórnymi w postaci melanoz o charakterze siateczkowatym, podobnych do spotykanych przy kile, gruźlicy i blednicy. Przypadki te wydają się być autorowi nie tylko morfologicznie, ale i patogenetycznie ciekawe ze względu na istniejące 2 szkoły, interpretujące owe siateczkowate melanodermie albo, jako drugorzędne, występujące na skutek przedtem już istniejących stanów zapalnych, czynników toksycznych, toksyczno-infekcyjnych. Bosellini po rozpatrzeniu, szczegółowem obu przypadków przychodzi do wniosku, że taka skórna arsenikowa melanoza, której siateczkowate wejście odpowiada rozgałęzieniom żylnym, musi być poprzedzaną przez mniej lub więcej wyraźne zapalenie, jak to ma miejsce przy kile, gruźlicy i innych stanach chorobowych, dających podobne obrazy.

Przyczynnik do badań nad zwapniałymi epitheliomatami skóry. Z patologicznego Instytutu Uniwersytetu w Göttingen Dyrektor Pr. E. Kaufmann)—przez Kota Murokami (Japonia).

Tumor opisywany, jako zwapniałe epithelioma siedzi zazwyczaj w tkance podskórnej i składa się z gniazd komórek nabłonkowych, które wskutek niedostatecznego odżywiania krążącą krwią wapnieją, i z tkanki łącznej, po większej części kostniejącej.

Jest on prawie zawsze otoczony pochewką łącznotkankową. Autor opisuje 4 podobne nowotwory w elementach komórkowych których znalazł substancje zrogowaciałe, pozatem w jednym z nich śluz i tłuszcz. Na po kolei zadawane sobie pytania:

1) skąd wychodzą owe nowotwory, czy z odpryśniętych, przesuniętych w życiu embryonalnem, czy późniejszym komórek nabłonkowych, czy z gruczołów łojowych, lub potnych, czy są one może przeobrażeniami atheromatu, lub dermoidu?

2) czy są one dobrotliwe, czy złośliwe,

3) i nakoniec na jaką zasługują nazwę?

Autor na zasadzie swoich bardzo skrupulatnych, głębokich studyów odpowiada:

1) nowotwór w pierwszym i ostatnim z opisanych przypadków wyszedł najprawdopodobniej z gruczołów łojowych i z nich się rozwinął,

2) tumory te, ograniczone ze wszystkich stron pochewką, nigdy nie dające przerzutów i prawie nigdy nie recyduwujące, muszą być dobrotliwe i nie mogą być analogizowane z rakami (Konkroidy),

3) nowotworom tym najbardziej odpowiada nazwa „zwapniałe epithelioma“.

Dr. S. Rygierówna—Wrocław.

O badaniach komórek eozynofilnych i leukocytów bazofilnych we krwi i wydzielinie chorych na gonorrhoea. Z miejskiego szpitala w Norynbergii przez D-ra Maxa Schuba.

Autor przedsięwziął bardzo liczne badania krwi i równocześnie z nimi badania wydzieliny u chorych gonorrhoeicznych, chcąc wyświetlić sprawę pochodzenia komórek eozynofilnych i leukocytów bazofilnych, znajdujących się w owych wydzielinach. Na podstawie swych poszukiwań Schub przyłącza się w zdaniu do tych autorów, którzy widzą istotną równoległość pomiędzy krwią i tryprową wydzieliną odnośnie do wyżej wspomnianych komórek. Wysoki ich procent we krwi odpowiada równie wysokiemu w wydzielinie i na odwrót; z tego to powodu trzeba im przyznać nie lokalne pochodzenie, ale w związku z krwią będące.

Autor wypowiada się również przeciwko zdaniu Lochstein'a i Hirschfeld'a, jakoby w wydzielinie tryprowej znajdowały się często jednojądrzaste komórki eozynofilne, gdyż składa się ona prawie wyłącznie z wielojądrzastych eozynofilnych leukocytów.

Dr. S. Rygierówna—Wrocław.

O przebiegu klinicznym i badaniu histologicznem kiłowych hyperkeratoz, leczonych salwarsanem. Dr. I. Odstreil z Pragi.

Niekiedy w 4—6 miesięcy po infekcyi (Mraček) występuje na podszewkach nóg i na dłoniach u syfilityków tak zwana psoriasis syphilitica-elavi syphilitici. Ten proces luetyczny może być spowodowany albo przez krążące we krwi krętki blade, albo przez ich toksyny, wywołujące w tkance skórnej, albo podskórnej w okolicy spleotów naczyniowych gęsty drobnokomórkowy naciek, aż do wierzchołków brodawek, dalej nawet aż do podstawowej części stratum Malpighi.

Warstwy te są zatem ciągle drażnione, skąd przychodzi do nadmiernie szybkiego bujania naskórka, przewyższającego zwykle normalne tempo, co znów prowadzi do nagromadzenia się go w warstwach, zamieniających się w górnych częściach w beżjadrzaste—zrogowaciałe masy. Zużywanie owych warstw naskórkowych nie może iść w parze z ich szybkim nagromadzeniem się, i w ten sposób tworzą się hyperkeratozy. Jak dobrze i energicznie działa „606” na wyżej opisane zmiany chorobowe wnioskujemy z tego, że z 3-ech wymienionych przez autora chorych jeden został w 18, drugi w 8, a trzeci w 21 dni zupełnie od elavi syphilitici oswobodzony.

Dr. S. Rygierówna—Wrocław.

O szczególnym przypadku Lupus erythematodes. Dr. H. Guth Praga.

Cała nadzwyczajność owego przypadku Lupus erythematodes polega na występowaniu zmian chorobowych w ostro zaznaczonych, — koncentrycznych, czerwono zabarwionych pierścieniach i na podobnie do nich przebiegającym rąbku łuszczącej się skóry. (Skóra zresztą nigdzie nie wykazuje martwicy). Po skrupulatnem miejscowem stosowaniu ichthyolu, siarki, wewnętrznem arseniu, cała sprawa prawie zupełnie usunięta została.

Dr. S. Rygierówna—Wrocław.

Przyczynę do badań nad Morbus Dariera. Dr. B. Spithoffa — Jena.

Przypadek, opisany przez pr. Spithoffa, zasługuje na uwagę z punktu widzenia klinicznego i histologicznego. Klinicznie znamienne jest przez występowanie licznych pęcherzyków, które zjawiają się albo drugorzędnie na guzku, albo też pierwotnie na zmienionej skórze, jak również przez wysypkę mokrą (nässend), wywołaną może silnym stanem zapalnym.

Histologicznie ciekawy jest przez obraz wybitnej hyperplazji naskórka, wychodzącej z folikulów, przez zmiany degeneracyjne wśród hyperplastycznego naskórka i przez tworzenie się szpar o podwójnym charakterze: jedne — corps ronds—powstające pierwotnie bez związku z patologicznymi zmianami w naskórku, inne, przedstawiające widoczną od naskórka zależność.

W tym że przypadku nakoniec skonstatowany został rak żołądka z licznymi wszędzie przerzutami (powód śmierci), do którego obecności, a raczej lepiej mówiąc, do obecności toksyn którego autor sprowadza zjawianie się owych atypowych pęcherzyków i gnojenie się wysypki.

Dr. S. Rygierówna—Wrocław.

Wiadomości bieżące.

Kilka słów o oddziale dermatologicznym na wystawie drezdeńskiej.

Jestem pod świeżem wrażeniem drezdeńskiej wystawy i chciałabym ją choć w paru słowach opisać.

Jasnym jest, że dermatologia o tyle znajduje sobie miejsce na wystawie higienicznej, o ile nieodzownem jest wykazanie, w jaki sposób porządek, czystość, higiena mogą rozprzestrzenianiu się tych chorób zapobiegać. I oto „Niemieckie Towarzystwo dla zwalczania chorób wenerycznych” (Deutsche Gesellschaft zur Behämpfung der Geschlechtskrankheiten) pod przewodnictwem Neisser'a, Lesser'a, Blaschko itd. zwróciło wszystkie wysiłki ku przedstawieniu w najokropniejszym świetle chorób wenerycznych, a przede wszystkim najstraszliwszej z nich—syfilisu.

W wąskiej sali № 9 „kamiennego pałacu”—(Steinplast) jest zebrane wszystko, co może widza oświecić o przyczynie tej choroby, jej przebiegu, skutkach, leczeniu, wynikach terapeutycznych, studyach nad nią w latach ostatnich, tak w plony obfitych.

W preparatach pod mikroskopami, w „Dunkelfeld” (zaciemnione pole widzenia) na fotografiach widzimy krętki blade i krętki im pokrewne (z jamy ustnej, refringens).

Wielka liczba „mulaży”, wśród których wyróżniają się z kliniki wrocławskiej i berlińskiej, i preparatów anatomicznych malują przebieg choroby, zaczynając od zmian pierwotnych, a kończąc na zmianach trzeciorzędnych. Przytem zmiany początkowe na palcach wskazujących, wargach,

powiece ostrzegają, że i drogą nieplciową krętki blade do organizmu dostać się mogą. Dalej w celach dydaktycznych wykazane jest również na woskowych maskach, jak wyglądają zmiany chorobowe przed i po leczeniu, jak przy leczeniu fałszywym przez tak zwanych „Kurfuscherów”, przy mylnej dyagnozie, kiedy np. kiła brana jest za wilka, lub za raka.

Przez osobne drzwi wchodzi się do jakby małego pokoiku, gdzie tylko dla lekarzy przedstawione są zmiany syfilityczne na częściach płciowych. Pozatem ogromne, wysokie półki, zajęte obszerną literaturą, traktującą o chorobach wenerycznych, na stolikach porozkładane bezpłatne i płatne broszurki, wyświetlające ludziom nieświadomym niebezpieczeństwa, grożące im ze strony chorób płciowych. Obok syfilisu wprawdzie mniej obszernie, ale również dość szczegółowo opracowane są w fotografiach, preparatach mikroskopowych 2 inne jeszcze choroby weneryczne: wrzód miękki i tryper; ściany sali zajęte są przez portrety sław dermatologicznych: Fourniera, Ehrlicha i in. Całości dopełnia urządzenie gabinetu policyjnego dla badania prostytutek w Berlinie.

Wszystko to nie imponuje wielkością, ale przeznaczenie socyalne wypełnia znakomicie, bo niejedyn, przerażony widokiem tego, co go czeka, wyrzecz się raczej taniej, poziomej przyjemności, aby ustrzedz się od choroby wenerycznej—nieszczęścia całego życia.

Dr. S. Rygielówna (Wrocław).

Projekt zasad wzajemnego stosunku redakeyi i autorów.

Z zapoczątkowania sekcji prasowej XI Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich kol. J. Z a w a d z k i ułożył projekt regulaminu, który odczytany na posiedzeniu tejże sekcji w dniu 20-go lipca r. b., został polecony do wydrukowania w pismach lekarskich w celu wywołania odpowiedniej dyskusyi.

Projekt tego regulaminu podajemy w całości:

1. Przepisy niniejsze, mające na celu uregulowanie stosunku wzajemnego między autorami i redakcyami pism

lekarskich polskich, ułożone zostały z zapoczątkowania sekcji prasowej XI Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich i przedstawione Sekcyi na posiedzeniu d. 20-go lipca 1911 r.

2. Redakcyom przysługuje prawo przyjmowania i drukowania artykułów według uznania własnego oraz odrzucania artykułów, nie odpowiadających ich wymaganiom ze względu na formę, treść lub język; z uwagi jednak, iż redakcyja odpowiada tylko za czystość języka, za treść zaś o tyle, o ile przeczy ona zasadom logiki i nauki, nie należy odrzucać artykułów dlatego tylko, że autor stoi na innym stanowisku, niż ogólnie przyjęto, za treść bowiem wewnętrzną artykułu odpowiada autor. Redakcyi przysługuje prawo zaznaczenia w przypisku, iż nie zgadza się z poglądem autora.

3. Na decyzję co do przyjęcia lub odrzucenia artykułu pozostawia się redakcyi trzy tygodnie czasu od chwili złożenia artykułu w redakcyi. Brak po tym czasie odpowiedzi ze strony redakcyi oznacza przyjęcie artykułu. Artykuł, nie przyjęty przez redakcyę, ma być zwrócony autorowi w czasie nie dłuższym, niż 4 tygodnie od dnia złożenia go w redakcyi.

4. Za artykuły wydrukowane autorzy otrzymują honorarya według norm, ogłoszonych przez daną redakcyę. Za artykuł, przyjęty przez redakcyę, a nie wydrukowany w piśmie tygodniowem w ciągu 4 ch miesięcy, a w miesięcznem w ciągu pół roku z przyczyn niezależnych od autora, autor ma prawo żądać, prócz zwrotu artykułu, zwykłego honorarium autorskiego.

5. Artykuły są drukowane w kolei nadesłania, ponieważ jednak zasada ta niezawsze ze względów techniczno-redakcyjnych może być przestrzegana, zaleca się redakcyom pism lekarskich polskich, aby w końcu każdego artykułu podawały datę otrzymania go w redakcyi, co w zupełności zabezpieczy autorom prawo pierwszeństwa.

6. Zwrot autorom niewydrukowanych artykułów drobnych i streszczeń pozostawia się uznaniu redakcyi, w każdym jednak razie rękopis powinien być przechowywany do zwrotu autorowi w ciągu pół roku.

7. Artykuły, nadsyłane do redakcyi, muszą być pisane czytelnie, na jednej stronie dowolnego formatu, nie mogą być kreslone; artykuły nieczytelne, o ile zostały przyjęte przez redakcyę, przed oddaniem do druku, ze względu na korektorów i zecerów należy przepisać na maszynie. By-

łoby pożądane, aby wszelkie artykuły, nadsyłane do redakcji, były przepisywane na maszynie. Prace, z których autorzy życzą sobie mieć odbitki, należy opatrzyć napisem „...odbitki” w „okładkach” lub „bez okładki”.

8. Redakcyom pism lekarskich wzbrania się drukowanie prac, omawiających działanie środków tajemnych, których skład nie został ujawniony przez autora w danej pracy lub poprzednio. Do rzędu środków tajemnych zaliczyć należy szczepionki i surowice, których przygotowanie autor zachowuje w tajemnicy.

9. Prace, wydrukowane w jednym piśmie lekarskiem polskim, nie mogą być drukowane w innym w całości, wolno natomiast drukować w pismach tygodniowych skróty i doniesienia tymczasowe z prac, które mają być drukowane następnie w pismach archiwalnych. Wydrukowane poprzednio w języku obcym prace Polaków, nie mogą być drukowane w pismach lekarskich polskich w całości; wolno podawać z nich streszczenia, jak z innych prac autorów zagranicznych.

10. Redakcja ma prawo i obowiązek w interesie czystości języka: a) poprawiać nadesłane rękopisy pod względem gramatycznym i stylistycznym, b) wprowadzać do artykułu mianownictwo polskie według ogólnie przyjętego słownictwa, c) zastępować wyrażenia cudzoziemskie swojskimi, d) tłumaczyć w przypiskach cytaty z autorów obcych, przytoczone w oryginale.

11. Redakcja w interesie czytelników ma prawo skracać nadesłane rękopisy pod warunkiem, by myśl przewodnia artykułu została bez zmiany, a siła argumentacji autora osłabiona nie została. Wobec tego redakcja ma prawo usunąć: a) fakty, dawno i powszechnie znane z piśmienictwa, b) opisy przypadków, spostrzeganych codziennie i w niczem nie wpływających na tezę, bronioną przez autora, c) tablice grafiki, ryciny, rysunki i t. d. podane przez autora, o ile nie przyczyniają się, zdaniem redakcji, do wyjaśnienia poruszanej w artykule sprawy lub dostatecznie zostały omówione w tekście.

12. Przepisy powyższe powinny być wydrukowane we wszystkich pismach i powtarzane przynajmniej raz na rok.

Redaktor i wydawca: **F. Malinowski.**

Druk K. Kowalewskiego, Piękna 15.

LABORATORIUM ANALITYCZNE

D-ra St. Serkowskiego

do celów djagnostyki lekarskiej wykonywa:

Analizy szczegółowe moczu i oznaczenie w procentach lekarstw — jodu, rtęci w moczu, **analizy** krwi ogólne i bakterjologiczne, **analizy** włosów i łusek na obecność grzybków pasorzytnicznych, poszukiwanie krętków białych w sprawach miejscowych.

Reakcja Wassermanna (z antygenem swoistym) w płynie mózgodzeniowym lub surowicy krwi tabetyków, paralityków, chorych **w różnych okresach syfilisu** i wogóle podejrzanych o syfilis. **Analizy** ścisłe bakterjologiczne nitek śluzowych, moczu i wydzieliny gruczołu krokowego. **Przygotowanie waccinek** mono i poliwalentnych do waccineoterapii.

MEDYCYNA i KRONIKA LEKARSKA

Czasopismo tygodniowe dla Lekarzy Praktyków

wychodzi w Warszawie co Sobotę w zwiększonym formacie i obejmuje. 1) Artykuły oryginalne ze wszystkich działów wiedzy lekarskiej. 2) Spostrzeżenie z klinik i szpitali. 3) Kazylistykę lekarską 4) Najważniejsze wiadomości z dziedziny higieny współczesnej. 5) Streszczenia, przekłady lub wyciągi pism zagranicznych. 6) sprawozdania z kongresów naukowych. 7) Krytykę i bibliografię. 8) Kwestye zawodowe. 9) Drobniejsze wiadomości. 10) Nekrologie. 11) Wiadomości bieżące krajowe i zagraniczne. 12) Wzmianki o dziełach nadsyłanych do redakcyi. 13) Odpowiedzi od redakcyi. 14) Ogłoszenia i t. d.

Cena w Warszawie: rocznie rb. 7, półrocznie rb. 3.50.

Na prowincyi i zagranicą. rocznie rb. 8, półrocznie rb. 4.

Wydawca: Dr. L. Guranowski, **Redaktorzy:** Dr. Stan. Orłowski i Dr. Józef Zawadzki.

Hemogen Magistri Klave

Związek chemiczny,
zawierający
żelazo i mangan;

energiczny środek odtwarzający krew, silnie pobudzający apetyt, łatwy w stosowaniu, o przyjemnym smaku; nie psujący się, nie wywołujący zaparcia, nie działający na zęby; zalecany przy wszelkich stanach osłabienia u dzieci i dorosłych;

Próbki
i literatura są
na usługi
P.P. Lekarzy.



POLECA
LABORATORJUM CHEMICZNE
PRZY APTECE

MAGISTRA H. KLAWE,
10. PL. ŚW. ALEKSANDRA, WARSZAWA.
TEL. 25-08 I 24-94.

APTEKA

E. GESSNERA

w Warszawie, Jerozolimska 27.

POLECA:

Tubulae gradulatae à 30,0

Ung. hydrarg. cin. depur. c. Mitino pti 33%
" " " " " Resorbino " 33% et 50%
" " " " " adipo ph. " 33% " 50%
" Sapò Rusci " liquid. D-r. prof. Lassari á 120,0

Solut. sterilisat. in ampulis à 1 C. C.

Atoxyli Gallici 0,05 — 0,10 (et 0,20 in 2 C. C.)

Hydrarg. arseniat-salicyl. (loco Enesol) 0,03 (et 0,06 in 2 C. C.)

" benzoic 0,02 c. Na Cl

" bichlor. corr. 0,02 c. Cocain. 0,01

" cyanat. c. Cocain aa 0,01

" salicylic. 0,01 — 0,02

" sozojodolic. 0,01

Hermophenyli 0,20

Thiosinaminaethyljodat (loco Tiodin) 0,20

i wiele innych objętych specjalnym cennikiem.

Również przyrządza wszelkie kompozycje sterylizowanych iniekcji w ilości nie mniejszej 1 tuzina ampułek.

Do tuzina iniekcji dotęcza się specjalny plikulek.

PRZEGLĄD CHOROÓB SKÓRNYCH i WENERYCZNYCH

REDAKTOR I WYDAWCA: Dr. FELIKS MALINOWSKI

MAZOWIECKA 4 m. 6.

TELEFON 74 04

Następny zeszyt № 11, 12 wyjdzie w Lutym.

Gometol Magistra Klawe

kapsułki żelatynowe GOMETOL A zawiera: Ol. Santal, Salol, Methylen-
blau. GOMETOL B: Ol. Santal, Urotropine, Salol. Stosują się 3-4 razy
dziennie po dwie kapsułki przy Gonorrhoea, Cystitis, Pyelitis i t. p.

LABORATORYUM APTEKI MAGISTRA H. KLAWE 10, Plac Św. Aleksandra, Warszawa.

Nagrodzone na wystawach
złotymi medalami i dyplomami uznania

**Mydła przetłuszczone
hygieniczne i lecznicze**

z zastosowaniem
najnowszych wskazań
nauki (jak Albuminowe,
Anthrasolowe i t. p.)

oraz środki higieniezno-kosmetyczne

wyrabia APTEKA

M. MALINOWSKIEGO

NOWY-ŚWIAT Nr. 35, w WARSZAWIE

Prenumerata rocznie w Warszawie 6 rb. — poza Warszawą 7 rb.



LABORATORIUM ANALITYCZNE

D-ra St. Serkowskiego

do celów djagnostyki lekarskiej wykonywa:

Analizy szczegółowe moczu i oznaczenie w procentach lekarstw — jodu, rtęci w moczu, **analizy** krwi ogólne i bakterjologiczne, **analizy** włosów i łusek na obecność grzybków pasorzytnicznych, poszukiwanie krętków białych w sprawach miejscowych.

Reakcja Wassermanna (z antygenem swoistym) w płynie mózgowym lub surowicy krwi tabetyków, paralityków, chorych w różnych okresach syfilisu i wogóle podejrzanych o syfilis. **Analizy** ściśle bakterjologiczne nitek śluzowych, moczu i wydzieliny gruczołu krokowego. **Przygotowanie waken** mono i poliwalentnych do wakenoterapii.

MEDYCYNA i KRONIKA LEKARSKA

Czasopismo tygodniowe dla Lekarzy Praktyków

wychodzi w Warszawie co Sobotę w zwiększonym formacie i obejmuje. 1) Artykuły oryginalne ze wszystkich działów wiedzy lekarskiej. 2) Spostrzeżenia z klinik i szpitali. 3) Kazuistykę lekarską 4) Najważniejsze wiadomości z dziedziny higieny współczesnej. 5) Streszczenia, przekłady lub wyciągi pism zagranicznych. 6) sprawozdania z kongresów naukowych. 7) Krytykę i bibliografię. 8) Kwestye zawodowe. 9) Drobniejsze wiadomości. 10) Nekrologie. 11) Wiadomości bieżące krajowe i zagraniczne. 12) Wzmianki o dziełach nadsyłanych do redakcyi. 13) Odpowiedzi od redakcyi. 14) Ogłoszenia i t. d.

Cena w Warszawie: rocznie rb. 7 półrocznie rb. 3.50.

Na prowincyi i zagranicą. rocznie rb. 8, półrocznie rb. 4.

Wydawca: Dr. L. Guranowski, **Redaktorzy:** Dr. Stan. Orłowski i Dr. Józef Zawadzki

I.

PRACE ORYGINALNE.

WAKCYNOTERAPIA.

(Zarys społecznego stanu wiedzy o istocie szczepień ochronnych i leczniczych).

Podał

Dr. Stanisław Serkowski.

(Dalszy ciąg).

Poniżej przytaczam jeszcze cały szereg innych, bardziej przekonywających przypadków z różnym, przeważnie pomyslnym zastosowaniem wakcynoterapii (p. rozdz. następne), wprzód jednak uważam za konieczne uzupełnić teoretyczną stronę omawianej sprawy wnioskami uczniów Wright'a co do swoistości opsonin i co do warunków i sposobu ich działania (Bulloch, Western i Atkin); w następnym rozdziale przytaczam ogólne zasady do stosowania wakcyn bakteryjnych do celów terapeutycznych według samego Wright'a i in. autorów.

Opsoniny znajdują się w surowicy normalnej, ale giną w niej z chwilą, gdy surowica zostanie zmieszana z bakteriami przy 37° lub 0° C. Po połączeniu się opsonin z bakteriami można mieszaninę tych ostatnich + serum ogrzewać przez długi czas przy 60° C. bez uszczerbku dla wartości przysposobnej.

Opsoniny mają budowę pojedynczą (por. wyżej rozdz. II), giną przy ogrzewaniu surowicy; nie można ich utożsamiać

z żadnym innym ze znajdujących się we krwi niweczników (Antikörper).

Dwaj uczniowie Wright'a—Bullock i Western wykonali szereg następujących doświadczeń w celu zbadania, czy w surowicy istnieje jedna tylko substancja, przysposabiająca różne gatunki bakteryi, czy też tych substancyi jest większa ilość, innemi słowy czy opsoniny działają swoiście względem różnorodnych bakteryi. Do rozstrzygnięcia tej sprawy autorzy użyli dwóch metod. Pierwsza polegała na tem, że w surowicy określano i. o. względem 2 różnych gatunków, np. staphylococcus aureus i bac. pyocyaneus. Zawiesinę jednego z nich mieszano z surowicą, mieszaninę odcentryfugowano i płyn z ponad osadu badano na własności przysposobne względem obydwóch gatunków. Do części tegoż płynu dodawano zawiesinę drugiego gatunku, a po odwirowaniu osadu ponownie badano własności opsoniczne. Druga metoda polegała na codziennem określaniu i. o. względem 2 gatunków u chorego, któremu szczepiono jeden z nich. Oto kilka odnośnych doświadczeń.

Normalną sur. ludzką mieszano z równą objętością zawiesiny złocistych gronkowców; po upływie 1 godziny przy 37° C. mieszaninę odcentryfugowano i oddzielono od osadu zapomocą pipetek przezroczysty płyn „A”. Część płynu mieszano z zawiesiną bac. pyocyanei, a po odwirowaniu oddzielono od osadu płyn klarowny „B”:

		index phagoc.
1.	Surowica norm., rozc. 1:2+staph. + leukocyty	= 22.9
2.	” ” ” ” + b. pyoc. + ”	= 4.7
3.	” ” ” ” 1:4+ ” + ”	= 3.0
4.	Płyn „A” + staph. + ”	= 0.5
5.	Płyn „B” + b. pyoc. + ”	= 4.0
6.	Płyn „C” + ” + ”	= 0.4

Z powyższego widocznem jest, że połączenie surowicy z gronkowcami nie wpływa na i. o. tejsze surowicy względem laseczników ropy błękitnej, a opsoniny pyocyanei zostały zupełnie wyczerpane po złączeniu surowicy z odnośnemi bakteryami. Takież sam wynik otrzymano po zmieszaniu stopniowem surowicy z gronkowcami i lasecznikami gruźliczymi. Wzmiankowani autorzy dochodzą do następujących wniosków: mieszanie normalnej surowicy ludzkiej z jednym gatunkiem bakteryi nie wpływa na wartość przy-

sposobną tejże surowicy względem innego gatunku; również, wakcynacya człowieka tuberkuliną wywołuje wzrost opsonin gruźliczych, ale nie wpływa na opsoniny gronkowcowe i vice-versa.

Od czasu doświadczeń Corvie i Chapin'a, Hata, Hektoen'a, utożsamiany bywa komplement (dopełniacz) z opsoniną surowicy normalnej, resp. z ciepłochwiejnym składnikiem jej. Cały szereg badaczy (Sleeswijk, Friedemann, Michaelis, Friedberger, Hartoch) stwierdził utratę komplementu w okresie nadwrażliwości (anaphylaxia), a równorzędnie Scott zauważył w tym okresie zanik dopełniacza przysposobnego. Nad stosunkiem tego ostatniego do innych niweczników w okresie anaphylaxii pracowali w ostatnich czasach (1911 r.) Bächer i Wakushima*). Sprawa ta jest o tyle ważną do wyjaśnienia istoty opsonin i bakteryotropin, że „shock” nadwrażliwości powoduje utratę jednych niweczników (precypityny), a nie wpływa na inne (aglutyniny i hemolizyny) — jak stwierdzili Friedberger i Ioachimoglu.

W pierwszej seryi doświadczeń Bächer i Wakushima starali się określić, czy przy powtórnem zaszczepleniu uczulonej świnki morskiej giną normalne opsoniny?

Do tego celu użyto uczulone świnki morskie wagi przeszło 300 grm., którym przed miesiącem zastrzyknięto kilka mgr. surowicy końskiej błonicy — z zastosowaniem do kontroli zwierząt normalnych. Na mocy badań poprzednich wielokrotnie stwierdzono, że opsonina normalnych świnek

*) Badacze ci w metodyce opsonicznej wprowadzili następujące zmiany: używali zawiesinę bakterii żywych tylko 24 godz. hodowli; leukocyty tylko z homol. norm. zwierząt — do opsonin ze krwi, do bakteryotropin z wysięku otrzewny; obliczano po 50 do 100 leukocytów, biorąc pod uwagę pojedyncze lub małe grupki nie większe nad 3 leukocyty; wyższe od Wright'a cyfry i o. otrzymywali przy dłuższej inkubacji = 30 minut; do zawiesin używano 10-krotne rozcieńczenie emulsyi, otrzymanej z 1 agarowej kultury w 5 ctm. sz. fizjol. NaCl. Do oznaczenia siły fagocytozy przy bakteryotropinach autorzy użyli terminów: „słaba“, „średnia“, „silna“, „bardzo wybitna“, jeżeli ilość leukocytów, biorących udział w fagocytozie wynosiła mniej niż 10%, albo od 10 do 20%, albo od 20 do 50%, albo też wyżej niż 50%.

względem paciorkowców przedstawia prawie stale jednakołą wielkość; wstrzykiwania dożylnie normalnej surowicy końskiej w ilości 1.0 ctm. sz. pozostają prawie bez wpływu na zawartość opsonin w surowicy świnek nieudpornionych, u nadwrażliwych zaś (t. j. w okresie anaphylaxii) wykazują obniżenie i. o. Wynik taki jest zgodnym z doświadczeniami Turan'a, który stale znajdował obniżenie i. o. względem laseczników gruźliczych u świnek, szczepionych tuberkuliną i nadwrażliwych. Z wielu dokonanych przez autorów (B. i W.) badań, pouczające są te, w których porównywano i. o. u jednych i tych samych zwierząt przed i po powtórnym szczepieniu, jak to widocznem jest z następującego zestawienia:

T A B L I C A I.

Doświadczenie „opsoniczne“ u nadwrażliwych świnek Index opsonicus (i. o.) i index phagocyticus (i. ph.) odnośnie do gronkowców.

świnka Nr.		uczulone			normalne		fagocytoza samoistna
		I	II	III	a	b	
surowica zebrana	wprowadzono dożylnie surowicy końskiej	0.2	0.5	1.0	1.0	1.0	—
bezpośr. przed iniekcją	I. ph.	12.0	19.5	15.5	19.6	17.4	0.12
	i. o.	0.65	1.05	0.84	1.05	0.94	0.0065
bezpośr. w ciągu kilku minut po iniekcyi	i. ph.	3.0	9.4	9.1	19.3	16.0	—
	i. o.	0.16	0.51	0.49	1.04	0.86	—

Obie normalne świnki, użyte do kontroli, nie wykazują żadnych widocznych różnic; przeciętna i. ph. u nich = 1, co służyło jako podstawa do obliczenia i. o. Również po zastrzyknięciu dożylnem 1 ctm.sz. surowicy końskiej i. o. u powyższych zwierząt nie uległ widocznym zmianom.

Odwrotnie u zwierząt uczulonych i. o. różnił się bardzo znacznie od normalnych nawet przed powtórną iniekcją, ale jeszcze wyraźniej różnice te występowały po

szczepieniu, które stale powodowało śmierć przy typowych objawach nadwrażliwości. U powyższych trzech świnek widzimy ogromne obniżenie miana przysposobnego, przy czem u jednej z nich znikło prawie zupełnie i obniżyło się do wysokości fagocytozy samoistnej. Wobec takich wyników autorzy potwierdzają wnioski Scott'a, że wstrząsowi nadwrażliwości (shock anaphylaktyczny) towarzyszy zanik dopełniacza przysposobnego.

Przy zatruciu peptonem u psa ginie normalna opsonina w taki sam sposób, jak w okresie szoku nadwrażliwości, o czem przekonywują nas badania doświadczalne wielu autorów (Biedl i Kraus, Achar i Aynaud): fakt ten też stwierdzili Bächer i Wakushima, określając i. phag. i i. opson. względem gronkowców przed i po zastrzyknięciu peptonu:

T A B L I C A II.

Nr. psa		1	4	3	2	5	fagocytoza samoistna
	ilość peptonu wstrzyknięt. w grm. na 1 kilo wagi	0.3	0.2	0.1	0.05	—	—
6 dni przed iniekcją peptonową	i. ph.	6.1	6.8	5.7	6.8	—	—
	i. o.	0.96	1.07	0.90	1.07	—	—
bezpośr. przed iniekcją pepton.	i. ph.	11.2	11.6	10.8	10.9	—	0.32
	i. o.	1.01	1.04	0.97	0.98	—	0.028
bezpośrednio po iniekcyi pepton.	i. ph.	8.9	7.7	7.2	5.2	—	—
	i. o.	0.81	0.69	0.64	0.47	—	—
po 1 godzinie	i. ph.	7.2	8.4	5.1	8.2	—	—
	i. o.	0.64	0.75	0.46	0.73	—	—
po 1 dniu	i. ph.	8.4	10.1	11.1	12.6	12.6	0.98
	i. o.	0.66	0.80	0.87	1.0	1.0	0.07
w 2 dni później	i. ph.	6.3	7.96	8.34	10.1	7.86	0.36
	i. o.	0.79	1.01	1.06	1.28	1.0	0.04
po 11 dniach	i. ph.	11.0	14.0	14.7	12.9	12.0	0.84
	i. o.	0.92	1.16	1.22	1.08	1.0	0.07

Z powyższego zestawienia widocznym jest nie tylko wpływ zatrucia peptonem, lecz także i granice wahań i. ph. między poszczególnymi zwierzętami. Wszystkim psom zastrzykniętą była ilość peptonu Witte (0.05—0.3 gm. w 10⁰/₀-wym roztworze na 1 kilo wagi dożylnie). Miano przysposobne u zatrutych peptonem psów spada w znacznym stopniu, a w okresie powrotu do zdrowia objawia się nawet pewna nadprodukcja opsonin.

Wreszcie, nie bez znaczenia dla przewodniej myśli niniejszej pracy—będzie, jeżeli przytoczę jeszcze jedną serię doświadczeń, wykonanych przez tychże badaczy: chodziło tym ostatnim o stwierdzenie, jak się zachowują niweczniki, a zwłaszcza bakteryotropiny przy powtórnym szczepieniu nadwrażliwych uodpornionych świnek. Użyto 6 świnek, zastrzyknięto im po kilka mgr. surowicy końskiej przeciwbłoniczej, a następnie podskórnie w ciągu miesiąca 4-krotnie wzrastające dawki zabitych bakterii tyfusowych (początkowa dawka = 0.5 ctm. sz. zawiesiny z 24 godz. hodowli agarowej b. typhi abd. w 5 ctm. sz. fizyol. NaCl, czyli ¹/₁₀ kultury; ostatnia dawka 4 ctm. sz. takiej samej zawiesiny czyli 0.8 kultury). Zwierzęta 1—2—3 szczepiono do jamy brzusznej, 4—5 podskórnie. Surowicę krwi zwierząt w różnych odstępach czasu badano na zawartość aglutynin, opsonin i bakteryotropin względem laseczników duru brzuszego. I. o. był nieznacznie zwiększonym w stosunku do przeciętnej dwóch zwierząt normalnych, i wskutek tego drogą opsonin nie udało się stwierdzić czy wskutek 4-krotnej iniekcji hodowli tyfusowych zjawily się opsoniny swoiste. Natomiast wszystkie surowice, nawet w rozcieńczeniu ¹/₅₀, zawierały bakteryotropiny, należące do rzędu niweczników ciepłoodpornych. W unieczynnionej surowicy normalnej można było stwierdzić pewien wpływ na fagocytozę w rozcieńczeniu tylko ¹/₁₀.

Po trzech dniach wykonano powtórnie szczepienie dożylne surowicy końskiej w ilości 0.2 do 1 ctm. sz.; w ciągu kilku minut zwierzęta padły przy objawach anaphylaxii; zebrano im krew z serca, a normalnym z ucha; surowicę krwi badano na opsoniny, aglutyniny i bakteryotropiny: (Patrz tabl. na str. 227).

Potwierdziły się więc w zupełności otrzymane poprzednio wyniki z gronkowcami u zwierząt nieuodpornionych. U wszystkich uczulonych zwierząt nastąpił gwałtowny spadek miana przysposobnego, u innych zaś pozostał prawie bez zmiany.

T A B L I C A III.

Nr. świnki		zwierzęta uczulone i uodpornione					normalne		fagocytoza samoistna
		2	3	4	5	6	a	b	
surowicę zebrano	ilość surow. końsk.	0.5	1.0	0.2	0.5	1.0	1.0	1.0	—
3 dni przed iniekcyą	i. ph.	10.7	9.0	10.3	10.6	10.1	8.1	8.4	—
	i. o.	1.28	1.08	1.24	1.28	1.22	0.98	1.02	—
bezpośr. przed injek.	i. ph.	5.0	8.0	5.3	7.2	9.0	6.3	7.2	0.12
	i. o.	0.74	1.19	0.79	1.07	1.33	0.93	1.07	0.017
bezp. zaraz po iniekcyi	i. ph.	2.2	5.0	2.1	2.4	5.8	6.9	7.2	—
	i. o.	0.32	0.74	0.30	0.36	0.86	1.03	1.07	—

Określane było również miano bakteryotropowe surowic po ich uprzednim unieczynnieniu: godnem uwagi jest, że miano to pod wpływem nadwrażliwości nie podlega widocznym zmianom. Bakteryotropiny na równi z aglutyninami zachowują swoje własności: mamy dzięki tej okoliczności nową podstawę do odróżniania tropin od opsonin, a zwłaszcza od opsonin ochronnych (swoistych), w okresie nadwrażliwości bowiem te ostatnie stają się nieczynne pod wpływem zaniku komplementu.

ROZDZIAŁ V.

Zasada stosowania i metodyka przygotowania szczepionek Wrighta.

T R E Ś Ć. Ogólny przegląd wyników terapeutycznych. Auto-inoculatio. Ogólne zasady stosowania wakcyn według Wrighta. Wnioski Adami. T. zw. „faza negatywna”, czyli okres ujemny. Metodyka przygotowania wakcyn. Przygotowanie szczepionek z udziałem promieni ultrafioletowych metodą Renaud.

Zarówno jak znaczenie opsonin dla wakcyterapii, tak też i znaczenie lecznicze samych wakcyn Wrighta

podlega w ostatnich czasach to nadmiernej sceptycznej krytyce, to znów bywa przedmiotem entuzjastycznych hymnów. I dlatego właśnie uważam za konieczne przeciwstawić w pracy niniejszej wszechstronnie dane statystyczne z piśmiennictwa oraz własne.

Zgodność poglądów, jak dotychczas, istnieje co do jednego punktu: otrzymywano mianowicie stale i wszędzie dobre wyniki leczenia szczepionkami przy czyraczności (furunculosis) i innych sprawach miejscowych pochodzenia gronkowcowego. Przy ogólnej czyraczności u dzieci stosowali tę metodę Wechselmann i Michaelis: i o. stale bywał poniżej normy; po zaszczepieniu podskórnem 50 milionów gronkowców stwierdzano okres ujemny tylko w ciągu 24 godzin, a następnie szybki wzrost; powtórne szczepienie 100 milionów ziarniaków po 8 dniach, i trzecie z 500 milionów po takimże okresie czasu dawały pomyślne, rzucające się w oczy wyniki. Zdaniem tych autorów, określanie i. o. w przebiegu leczenia jest niepotrzebne: takiegoż zdania jest większość badaczy (p. Część II Specjalna).

W niektórych przypadkach zakażeń gonokokowych dobrze działają szczepionki gonokokowe — zdaniem Jarvis'a; dodatnie wyniki w jednych i brak wyników w innych przypadkach otrzymywano w Warszawie (p. Część III Doświadczalna).

Co się tyczy gruźlicy, to stosowanie tuberkuliny według wskazań i dawek Wright'a daje wyniki pomyślne, o czym można sądzić z wielu nowszych badań. Tak, np. przy gruźlicy otrzymywali wybitną poprawę Briscoe i Williams, stosując wakcyne z bakterii swoistych, wyhodowanych od danego chorego; to samo tyczy się też toczni v. lupus (Tod i Western). Wnioski nad stosowaniem szczepionek przy gruźlicy skóry, oka, narządów płciowych i t. zw. gruźlicy chirurgicznej znajdujemy w pracach Allen'a, Walker'a, Wolfsohn'a, Whitfield'a i wielu innych (szczeg. p. w Rozdziale VII).

Pod nazwą „autoinoculatio” Wright rozumie samoistne lub sztuczne samouodpornienie, wywołane przez przenikanie bakterii z pewnego ogniska bakteryjnego do ogólnego krwioobiegu, bez wprowadzania do ustroju zewnątrzodnośnych szczepionek. Wspólnie z Freeman'em, autorzy ci badali systematycznie zmiany przysposobne we krwi pod wpływem ruchów ciała czynnych i biernych, masażu stawów przy zapaleniach tryprowych i gruźliczych, dalej pod

wpływem głębokich oddechów przy gruźlicy płucnej lub zmian w pozycji ciała, wreszcie przekrwienia metodą Biera. Do tej kategorii zalicza Wright i metodę Biera, i gorące okłady, i masaż, i radioterapię i twierdzi, że wszystkie takie sposoby lecznicze mają na celu prócz miejscowego działania, też samouodpornienie—bądź przez przenikanie bakteryi i produktów ich do ogólnego krwiobiegu, bądź odwrotnie nagromadzanie ciał bakteryozwrotnych z ogólnego krwiobiegu w ognisku miejscowym. Nic więc dziwnego, że wobec tak szerokiego poglądu na znaczenie szczepionek i samouodpornienia i wobec podporządkowania tylu zabiegów leczniczych oraz zjawisk fizyologicznych teorii inokulacyi i autoinokulacyi, Wright ma prawo powiedzieć:

„Der Arzt der Zukunft wird Immunisator sein”.

Porównując rolę autoinokulacyi ze sztucznem wprowadzeniem szczepionek z zabitych bakteryi, oddaje on pierwszeństwo tym ostatnim—jako materiałowi nie szkodliwemu i ściśle dawkowanemu nad rozszerzaniem się drobnoustrojów z ogniska zakażenia w niewiadomych i nie dających się obliczyć dozach.

Tu należy zaznaczyć, że poglądy Wright'a potwierdził Shimodaira, według którego przy leczeniu metodą Biera odgrywa ważną rolę fagocytoza i zmiany wskaźnika przysposobnego: do wniosku takiego autor ten doszedł na mocy badania opsonin, aglutynin i bakteryolizyn w surowicy krwi i płynach przesiękowych u zwierząt, którym stosowano metodę Biera pod różnemi postaciami,—w porównaniu do zwierząt normalnych.

Istnieje bardzo rozpowszechniony, a—zdaniem Wright'a—mylny pogląd, że dawki szczepionek powinny stale wzrastać do tego stopnia, iż nawet pożądanem jest spowodowanie pewnych zaburzeń, silnej reakcyi i t. p. Przeciwnie, okazuje się zupełnie wystarczającym stosowanie małych dawek: naprz. przy gruźlicy można wytworzyć maximum ciał ochronnych przez szczepienie minimalnych dawek tuberkuliny $\left(\frac{1}{1000} - \frac{1}{600} \right)$ nowej tuberk. I. R.)

które nie mogą spowodować żadnych widocznych zaburzeń, i odwrotnie gorsze wyniki otrzymywał Wright przy stosowaniu większych dawek. Jego zdaniem, można przekonać się, czy zastosowana doza nie była zbyt wysoką, za

pomocą określenia i. o., okres ujemny bowiem w takich wypadkach przedłuża się po każdym szczepieniu coraz bardziej. O stosowaniu dóz właściwych sądzić można ze skracania okresów ujemnych na korzyść dodatnich; natomiast stopniowe powiększanie dawek niema żadnej racji bytu! W praktyce W. radzi stosować następującą zasadę:

d o z a z a w y s o k a: jeżeli przed iniekcją i. o. był zbyt niski, a w 24 godziny po iniekcji jest jeszcze znacznie obniżonym,

z b y t m a ł a d a w k a: jeżeli i. o. wzrósł szybko w 24 godziny po iniekcji, a po 8—10 dniach powrócił już do poprzedniej normy,

d a w k a w ł a ś c i w a: jeżeli po inokulacji i. o. obniżył się nieco, ale po 8—10 dniach jest wyższym, niż przed szczepieniem.

Wytwarzanie się ciał bakteryozwrotnych odbywa się w miejscu szczepienia, i z tego powodu w każdym poszczególnym zabiegu leczniczym miejsce to należy obierać świadomie z uwzględnieniem stanu klinicznego i umiejscowienia danego ogniska zakaźnego. Ogólna zasada jest taka, aby wytworzone ciała bakteryozwrotne mogły przeniknąć do umiejscowionego ogniska bez uprzedniego rozcieńczenia w ogólnej masie krwi: jest to możliwem oczywiście tylko przy sprawach powierzchownych. W takich wypadkach Wright stosuje niekiedy szereg okrężnych szczepień w postaci pierścienia naokoło danego ogniska. Inokulacje wykonuje się podskórnice, nie dożylnie. Dwa ogólne zasady do stosowania wakcynoterapii Wright określa w sposób następujący: wakcynoterapia stosuje się

1) we wszystkich tych przypadkach, kiedy obniżoną jest przeciwbakteryjna siła krwi chorego w porównaniu do normy, a celem danego zabiegu jest podniesienie odczynu obronnego ustroju wobec infekcji

i 2) we wszystkich tych przypadkach, kiedy siła przeciwbakteryjna krwi jest wprawdzie prawidłową, ale potrzebnem jest pobudzenie i skierowanie silniejszego prądu limfy do danego ogniska, a razem z nim leukocytów oraz elementów przeciwbakteryjnych.

Od celowego zastosowania jednego z dwóch lub też obydwóch równorzędnie prawideł zależy wynik leczniczy. Jak zobaczymy w Części II Specjalnej, wakcynoterapia znalazła dotychczas największe zastosowanie przy sprawach ściśle umiejscowionych, jako to czyraczność (furunculosis), figówka (sycosis), sprawach gronkowcowych (wakcyna gron-

kowcowa), przy kamicy żółciowej, zapaleniach wyrostka robaczkowego, pęcherza moczowego, miedniczek nerkowych, okrężnicy, endometritis (wakcyna okrężnicowa, o ile cierpienia te spowodowane były przez *b. coli*), gruźlica (tuberkulina), przy stanach zapalnych wsierdzia, opon mózgowych, opłucnej, ucha średniego i zakażeniach stawowych (odpowiednia homologiczna szczepionka). Rodzi się w praktyce niezmiernie ważne pytanie, czy należy stosować w a k c y n y przy z a k a ż e n i a c h o g ó l n y c h s e p t y c z n y c h?

Z własnych moich spostrzeżeń nad stosowaniem wacy-
cyn przy zakażeniach septycznych (o czym szczegółowiej
jest mowa w rozdz. XIX), doszedłem do przekonania, że przy
takich stanach wacynoterapia nie powinna
być stosowana. Prócz wniosków z praktyki — nie
było bowiem ani jednego przypadku pomyślnego zastoso-
wania wacy-
cyn przy zakażeniach septycznych in sensu stri-
cto—, zarówno jak i z powodów teoretycznych i doświadcza-
lnych jestem gorącym przeciwnikiem wacynoterapii w tych
wypadkach. Wiadomo, że podział zakażeń septycznych na
ropnicę i posocznicę jest sztuczny: etyologia obydwóch sta-
nów jest jednakową. W przeciwstawieniu do „toxaemii”
tj. obecności we krwi nie bakteryi, lecz ich jadowitych pro-
duktów, pod nazwą „bakteriaemia” (ewent. strepto—lub sta-
phylococcaemia) rozumiemy taki stan, przy którym żywotne
bakterye znajdują i rozmnażają się we krwi. Obecność ich
powoduje przerzuty. Stan taki odpowiada pojęciu zakaże-
nia ogólnego, o tyle, że drobnoustroje (najczęściej paciorkowce,
dalej gronkowce, pneumokoki, laseczki okrężnicy i ropy błękitnej)
bądź rozmnażają się w samej krwi, bądź też osiedlają się in loco
minoris resistentiae (stawy, błony surowicze, nerki i t. d.).
Prócz powyższych bakteryi, zakażenia ogólne mogą spowodować
też i bakterye otoczkowe, jak np. *proteus capsulatus septicus*,
bac. icterogenes capsulatus (przypadki Bantiego); spostrzegano
też zakażenia septyczne, spowodowane przez inne bakterye,
jako *bac. i dipl. pneumoniae*, *micr. meningitidis* i in.

Jak wiemy już (p. rozdz. I), bakteryoliza we krwi od-
bywa się zarówno w normalnym nieuodpornionym ustroju
jak i w uodpornionym sztucznie lub samouodpornionym:
bakteryoliza ma miejsce i tu i tam, a różnica polega jedynie
na tem, że gdy w uodpornionym ustroju bakteryoliza od-
bywa się bardzo szybko i nie dozwala na rozmnożenie się

różnych bakterii, to u nieodpornego człowieka lub zwierzęcia—prócz bakteriolizy—ma miejsce i postępowe rozmnażanie się bakterii i nagromadzenie endotoksyn, których nadmiar może spowodować śmierć. A czemu są wprowadzone razem z wakcynami ciała bakteryjne, jak nie endotoksynami? i dlatego też w przypadkach zakażeń septycznych (we właściwym słowa tego znaczeniu), gdzie niema sprawy ściśle zlokalizowanej, lecz przeciwnie w przebiegu ich tworzą się przerzuty in locis minoris resistentiae, gdzie towarzyszy zakażeniom bądź bardzo wysoka temperatura, bądź też odwrotnie nadmiernie niska przy słabem tętnie: wakcynoterapia jest przeciwwskazaną, niczem nie uzasadnioną i może stać się wprost zabójczą. Dalej, również z własnego wieloletniego doświadczenia twierdzą, że przy zakażeniach septycznych wakcynoterapia jest tembardziej przeciwwskazaną w tych wypadkach, kiedy—jak to najczęściej ma miejsce—występują równocześnie objawy zapalne w nerkach.

Inaczej zapatruje się na daną sprawę Wright, który ednak w swoich rozumowaniach pomija możliwość nadmiernego nagromadzenia endotoksyn, lecz głównie opiera się na tym fakcie, że ciała bakteryjzwrotne wytwarzają się tylko w miejscu szczepienia. Mówi on:

„Przy rozstrzygnięciu sprawy o możliwości i celowości stosowania wakcyn bakteryjnych chorym na zakażenia septyczne lub z takim typem zakażenia, przy których spostrzeżę się samoistne autoinokulacje, my wytwarzamy sobie a priori pogląd, że produkty bakteryjne już krążą we krwi, powodując zakażenie, wobec czego od wprowadzenia nowych takichże elementów bakteryjnych nie można oczekiwać niczego więcej, jak tylko pogorszenia tego stanu. Na taki zarzut można dać dwie różne odpowiedzi: z jednej strony można wskazać na pomyślne wyniki doświadczeń, kiedy wakcyne bakteryjną stosowano w czasie zakażeń septycznych (?)*, a z drugiej strony można stwierdzić, że szcze-

*) Jak przekonamy się z własnych opisów Wrighta w Części II Specjalnej, niektórych opisywanych przypadków nie można zaliczyć do zakażeń septycznych, a większość właściwych, pomimo wakcynoterapii, skończyła się exitu.

pienie przy takich stanach wakcyny bakteryjnej nie jest taką niedorzecznością, jak to się może wydawać na pierwszy rzut oka. O ile mam słusność w swoich przypuszczeniach — mówi dalej Wright — to ciała bakteriozwojne wytwarzają się w tkankach w miejscu szczepienia; warunki właściwego uodpornienia bywają mniej korzystne przy wprowadzeniu szczepionki do krwi krążącej, aniżeli przy bezpośrednim szczepieniu do tkanek. W tym ostatnim razie działa ona na tkanki w stanie skoncentrowanym, podczas gdy we krwi musi być wprzód rozcieńczoną całą objętością krwi krążącej. I dlatego (?) można przypuszczać i nie jest to nierozsądnem, że szczepienie wakcyny bakteryjnej może być korzystnym dla chorego na zakażenie septyczne. Pozostaje jeszcze zarzut, że szczepienie wakcyn bakteryjnych może pogorszyć stan zatrucia (intoksykacji). Jako odpowiedź na ten zarzut można powiedzieć, że miejscowego działania toksycznego po wprowadzeniu podskórnem szczepionki i lokalnego wytwarzania w tem miejscu ciał bakteriozwojnych nie można by sobie wytłumaczyć bez przypuszczenia, że ciała jadowite są zatrzymywane w tkankach. Zgodnie więc z tem, otrzymuje się znacznie mniejsze działanie trujące po zaszczepieniu pewnej ilości wakcyny do tkanek, aniżeli przez bezpośrednie wprowadzenie takiejże ilości do krwiobiegu. Z tego jest jasne, że w sprawie możliwości lub niemożliwości korzystnego zastosowania wakcyterapii przy zakażeniach septycznych nie powinno być przesądów, a sprawa może być jedynie rozstrzygniętą na mocy doświadczenia”.

Tyle mówi Wright, ale doświadczeniem własnem tezy swej poprzeć nie może. Przeciwnie rozumowanie jego o zatrzymywaniu lokalnem ciał trujących i wniosku stąd o korzyści stosowania wakcyterapii przy zakażeniach ogólnych nie są zgodne — według mego przekonania — z faktami i obecnym stanem wiedzy o istocie bakteriolizy.

W jednej z najnowszych swoich prac Wright wypowiada już oględniejsze zdanie: „Jeżeli przy zakażeniu ogólnem wytwarza się w ustroju dostateczna reakcja obronna, to najlepszą taktyką jest powstrzymać się od wszelkiego zabiegu, i w tych wypadkach wskazane jest «leczenie wyczekujące»; natomiast przy zakażeniach, kiedy reakcja obronna ustroju spada do minimum lub do 0, należy wykonać próbę (sollte der Versuch gemacht werden) szczepienia wakcyny bakteryjnej w celu sztucznego wytworzenia odczynu immunizacyjnego”.

Wyraźniej wyłożone zasady wakcynoterapii wogóle, i w zastosowaniu do zakażeń ogólnych w szczególności znaleźć można w pracach A d a m i (1910 r.), gorącego zwolennika W r i g h t'a i szerzyciela jego idei w Ameryce — wyraźniej, niż u samego twórcy. Według I. G. A d a m i zasada stosowania wakcynoterapii jest następująca.

Przedewszystkiem—mówi on—należy pamiętać o tem, że zakażenie bakteryjne było początkowo procesem miejscowym, i że przy dalszem rozpowszechnianiu się bakterii z pierwotnego ogniska, a nawet przy wytworzeniu się zakażenia ogólnego zawsze znajdują się wybrane tkanki, w których bakterie wnikają i znajdują tam najbardziej lub jedynie podatne warunki do swego rozwoju. Weźmy dla przykładu przypadek złośliwego paciorkowcowego zapalenia wsierdza. Zajęcie wewnętrznej powierzchni serca dowodzi obecności paciorkowców we krwi: rzeczywiście, w kulturach z danej krwi można z łatwością wyhodować paciorkowce. Pomimo tego, jakże rzadko w podobnych okolicznościach znaleźć można ognisko paciorkowcowe w śledzionie, jakkolwiek bezwątpienia paciorkowce muszą przenikać i do śledziony z natury rzeczy, a z warunków krwiobiegu w samej śledzionie wynika, że ona przesącza i zatrzymuje bakterie ze krwi. Stąd wniosek, że tkanka śledziony niszczy bardzo intensywnie i bez wyboru przenikające doń bakterie. To samo można powiedzieć i o wielu innych ważnych tkankach ustrojowych: jak rzadko naprz. wytwarzają się ogniska bakteryjne w czasie bakteraemii w mięśniach szkieletu w wątrobie lub w centr. systemie nerwowym, pomimo że we wszystkich tych tkankach sieć naczyń włoskowatych jest wąską w tak wybitnym stopniu, iż z konieczności muszą w niej zatrzymywać się bakterie, krążące we krwi. Wogóle, zdaniem A d a m i, u normalnych zwierząt bakterie wprowadzone do ustroju giną, ale wcale nie pod wpływem krwi jego! Jeżeli bakterie wprowadzić do komory wyjętego serca i zabezpieczonego w ten sposób, aby krew nie mogła w nim krzepnąć, to większość bakterii pozostaje bez zmiany, a nawet nie podlega pożarciu przez leukocyty. W również małym stopniu bakterie giną pod wpływem komórek tkankowych, za wyjątkiem gruczołów hemo limfatycznych, a może też i wątroby.

Jako punkt wyjścia do leczenia chorób infekcyjnych za pomocą waceyn, A d a m i uważa fakt, że zakażenie bakte-

ryjne zaczyna się stale od procesu miejscowego i że wielkość tkanek ustroju cechuje się małą wrażliwością lub nawet wrodzoną, nie swoistą odpornością względem przeważającej ilości bakterii. Druga ważna zasada praktycznego zastosowania wakcynoterapii polega na tem, że zogniskowanie i rozmnażanie się pewnych bakterii w jakiegokolwiek bądź tkance musi oznaczać brak miejscowej odporności: powstrzymanie rozwoju więc, ewent. zabicia bakterii w danem miejscu można oczekiwać nietyle od wzmożenia własności bakterioobójczych tkanki miejscowej, ile od pomocy, otrzymanej z innego miejsca (przeprowadzanie leukocytów do ogniska zakaźnego, metoda Bier a przez umiejętne skierowanie płynu przesiękowego). Świadczy też o tem praca H e k t o e n i K a r l s o n'a, którzy udowodnili, że substancje przeciwbakteryjne są produktem nie krwi, lecz tkanek, zarówno jak wrodzona czyli nie swoista odporność jest komórkowego, lecz nie humoralnego pochodzenia. Jeżeli krew zwierzęcia, zawierającą toksyny, szybko od nich uwolnić i wprowadzić innemu zwierzęciu tego samego gatunku, to u ostatniego niema wytwarzania się niweczników, podczas gdy pierwsze, uwolnione od własnej, a zasłane krwią trzeciego zwierzęcia, w dalszym ciągu wytwarza ciała ochronne.

Prócz powyższych dwóch głównych, wakcynoterapia musi też opierać się i na następujących ważnych zasadach. Tu zaliczyć trzeba przedewszystkiem sprawę dozowania. Ważne znaczenie posiada wskazana przez W r i g h t'a możność ścisłego odmierzania siły odczynu w ślad za dokonaniem szczepieniem, ale ważniejszą od ustalenia wskaźnika przysposobnego ma — zdaniem A d a m i — udowodniony przez W r i g h t'a fakt, że najlepsze wyniki otrzymuje się przez szczepienie takich małych dawek wakcyny, które nie są w stanie początkowo, zaraz po zaszczepieniu wywołać widocznego klinicznie skutku. Dzięki temu wyjaśniło się, że małe dawki wakcyny mają pierwszeństwo przed większemi. Najpewniejszy skutek otrzymuje się po zastosowaniu zabitych hodowli tego samego gatunku i tegoż samego szczepu bakterii, który spowodował zakażenie i który wyhodować można z ustroju chorego.

Dalej, trzeba mieć na uwadze, że natężenie czyli suma objawów klinicznych w czasie choroby zakaźnej jest wyrazem rozbieżności między odpornością ustroju a zjadliwością danych bakterii, czyli choroba może przebiegać przy jedna-

kowo silnych, lub jednakowo słabych objawach zarówno wtedy, kiedy odporność ustroju jakoteż i zjadliwość bakterii wyrażone są w wysokim stopniu, jak i wtedy, kiedy jedna i druga są osłabionymi. Za beznadziejne uważa się przypadki silnej zjadliwości bakterii swoistych przy nadmiernym upadku odporności ustroju: stosować wakcyny w podobnych przypadkach byłoby równoznacznem nie z wywołaniem żadnego odczynu ze strony tkanek, nie wrażliwych i niezdolnych już do pobudzenia, lecz byłoby równoznacznem z nagromadzeniem materiału jadowitego we krwi i z przyspieszeniem śmierci.

Co do większości przypadków przeciętnych, należy odróżniać dwie kategorie: jedne, w których rozwojowi bakterii swoistych towarzyszy stan gorączkowy, i drugie bez podniesionej temperatury lub z krótkotrwałym wzrostem takowej. Brak podniesionej ciepłoty jest oznaką, że rozwój bakterii odbywa się w miejscu ograniczonym, ma charakter ogniskowy, a sąsiednie tkanki odgrywają rolę otoczki i przeszkody do przenikania limfy do ogniska jakoteż i do przesączania produktów bakteryjnych, co mogłoby pociągnąć za sobą reakcję ogólną. Mogłoby się wydawać napozór zbyt czynnem szczepienie w takich wypadkach, gdyby nie fakt, że bakterie—pomimo umiejscowienia—mogą spowodować i objawy ogólne. W akcyna w takich wypadkach powoduje tak wielką hiperprodukcję ciał ochronnych, resp. bakteryolizyn, że współdziała w zniszczeniu bakterii przez tkanki.

Inaczej przedstawia się sprawa w przypadkach z podniesioną ciepłotą, która jest wyrazem rozprzestrzeniania się produktów bakteryjnych w całym ustroju z miejsca pierwotnego rozwoju bakterii. W takich przypadkach należy zapominać o tem, że przeważnie zejście śmiertelne warunkuje się nie tyle wyniszczeniem wogóle tkanek, ile działaniem znajdujących się we krwi toksyn na ośrodki mózgodzeniowe, a brak reakcyi ze strony tkanek wyraża się nie przez spadek lecz przeciwnie przez wzrost ciepłoty ciała. W akcynacya jest przeciwwskazaną przy bardzo wysokiej t^o, pomimo że można spostrzeżać potem krótkotrwałe obniżenie jej (początkowo ma miej-

sce podniesienie t°). Szczepienie nie powinno odbywać się do krwi bezpośrednio, lecz wyłącznie podskórnie; dalej wakcynację należy uważać za bezwarunkowo szkodliwą w przypadkach z obniżoną ciepłotą i wzrastającą słabością tętna i oddechu.

Natomiast przy ciepłocie zwiększonej — o ile tylko t° nie jest nadmiernie zwiększoną — wakcynoterapia może być bezwarunkowo pożyteczną — zarówno przez pomoc przy zwalczaniu bakterii w znaczeniu swoistem, jak przez pewne podniesienie ciepłoty w pierwszym okresie po iniekcji. Adami kończy swoją pracę twierdzeniem, że wakcynoterapia jest zabiegiem pożytecznym tylko w ręku doświadczonego specjalisty.

Jako przeciwnik wakcynoterapii przy zakażeniach ogólnych (wąglik, oedema malignum, szelestnica, septicaemia haemorrhagica, tuberculosis miliaris, sepsis etc.), wystąpił w roku bieżącym Georg Wolfsohn, który powiada:

„Um kurz zu resümieren, halte ich bei allgemeinen Bakteriämien die Vakcinationstherapie auf der einen Seite für zwecklos, auf der anderen evtl. für schädlich. Es ergibt sich daraus im allgemeinen eine Kontraindikation“!

Zdaniem Wolfsohna, jeżeli uważamy wakcynoterapię przy bakteremiach za bezpożyteczną, to niemało jest danych, wskazujących na szkodliwość jej w takich warunkach. Przedewszystkiem materiał szczepienny nie można uważać za ciało chemiczne, dostępne do dozowania, lecz wchodzi tu w grę zabite bakterie, a więc osobniki, mogące indywidualnie znacznie się między sobą różnić. Dawka bakteryjna, która w jednym przypadku u jednego osobnika nie wywołuje żadnego odczynu, może spowodować u tego samego człowieka silną reakcję, o ile bakterie pochodzą z innego szczepu. Z drugiej strony, i różne ustroje ludzkie są indywidualnie niejednakowo wrażliwe, i u niektórych mogą spowodować nadmiernie wybitną reakcję. Musimy z tym faktem poważnie się liczyć, szczepiąc zabite ciała bakteryjne chorym, których ustrój i bez tego jest przepełnionym bakteriami i ich produktami.

W związku z istotą i zasadami wakcynoterapii, uważam też za pożyteczne przytoczyć niektóre dane z pracy

S ü p f l e, który przeprowadza analogię między uodpornieniem ospowem i wakcynowem. Wprowadzenie do ustroju zarazków ospowych lub wakcynowych powoduje w następstwie wytwarzanie się niweczników o charakterze litycznym. Lizyny, rozpuszczając ciała bakteryi, powodują uwalnianie z nich endotoksyn (nie antytoksyn). Z tego punktu widzenia istota odporności wakcynowej sprowadza się do nabytej przez ustrój własności rozpuszczania ciał bakteryjnych i uwalniania endotoksyn. Fakt ten należy mieć w pamięci przy rozważaniu stosowania wakcyn w czasie zakażeń ogólnych septycznych, którym towarzyszy nadmierne nagromadzenie endotoksyn w ustroju.

Zanim przejdę do metodyki przygotowania wakcyn, należy przedewszystkiem jeszcze omówić sprawę t. zw. okresu ujemnego. Jest to o tyle ważnem, że okresem tym należy się według W r i g h t'a kierować przy wyborze dawek i czasu następnych szczepień. Otóż z jednej strony istnieją dane, potwierdzające wnioski W r i g t'a, który prawo okresu ujemnego uogólnia w słowach: *das Gesetz der negativen Phase allgemein die Produktion antitropen Substanzen regelt, mit anderen Worten als ein allgemeines Gesetz der Immunität anzusehen ist*". I tak przy różnych sposobach uodpornienia D u n g e r n, J ö r g e r s e n i M a d s e n, B r i e g e r i E h r l i c h spostrzegali wślad za szczepieniem obniżoną zawartość niweczników, zanim nastąpił wzrost ich: natomiast inni badacze nie potwierdzają tych danych: jak naprz. T a l q u i s t, oraz R. P f e i f f e r i F r i e d b e r g e r. Ci ostatni specjalnie wykonali szereg doświadczeń *in vivo* w celu stwierdzenia, czy przy czynnem uodpornieniu można uznać okres ujemny za wzmózoną wrażliwość uodpornionego osobnika: w różnych odstępach czasu po wakcynie — w 1 1/2, 3, 4, 7, 24 godziny szczepiąc materiał zakaźny i porównując wyniki ze zwierzętami nieuodporn., badacze ci przekonali się, że szybko i bez okresu ujemnego występują objawy wzmózonej odporności ustroju, jeżeli zaś do szczepień brać nadmiernie duże masy wakcyny—to w przeciągu pierwszych 6-u godzin jeszcze niema wzmózonej odporności (ale niema i osłabionej), ale po upływie 9 1/2 godzin już występuje wyraźnie. P. i F. uważają obawy przed fazą negatywną za nieuzasadnione i przesadzone. Oczywiście i te wnioski trzeba do czasu przyjmować z zastrzeżeniem, W r i g h t bowiem fazę negatywną określił na mocy wskaźnika przysposobnego,

wzmiankowani zaś badacze doświadczenia wykonywali in vivo. Jest to b. poważna różnica metod.

* * *

Metodyka przygotowania wakcyn zależy przede wszystkim od tego, czy szczepionkę mamy przygotować z jednego pewnego szczepu, wyosobnionego od tego samego chorego, któremu ma być szczepiona wakcyna monowalentna lub homologiczna; o ile zaś wyosobnienie w niektórych przypadkach klinicznych jest niemożliwe, natenczas przygotowujemy szczepionkę z wielu identycznych szczepów różnego pochodzenia (wakcyna poliwalentna, heterologiczna). Pierwsza z nich zawsze ma przewagę nad drugą i wywiera lepszy skutek. Ale w jednym jak w drugim wypadku kultury użyte do tego celu muszą być 1) jaknajświeższe, dopiero co wyosobnione, lecz nie kolekcyjne i nie przeszczepiane wielokrotnie z jednego podłoża na drugie i 2) tego samego gatunku, chociaż różnego pochodzenia: więc albo same tylko gonococci, albo wyłącznie streptococci i t. p. W rzadkich przypadkach stosuje się w wacyny mieszaną (naprz. gonokokowa z gronkowcową), o ile udowodnionem jest, że obydwa gatunki mają wspólnie przyczynowy związek z daną chorobą *). Jeżeli zaś tylko jeden z nich odgrywa rolę bodźca

*) Jakkolwiek monowalentna czyli autowakcyna ma wyższość nad szczepionką sprężadną poliwalentną, to jednak należy bardzo wielką zwrócić uwagę na ten ważny szczegół, aby była pierwsza z nich przygotowaną z hodowli gatunku, mającego rzeczywisty związek z istotą danej choroby. Jest to możliwe jedynie w ręku doświadczzonego specjalisty. Szczepienie pierwszego lepszego gatunku, który wyrośnie w żelatynie lub agarze ze krwi wziętej z palca, z płwocin. z obcej flory, znajdującej się w przetokach otwartych i t. p.—jest wprost niedopuszczalne. Przede wszystkim należy ściśle zróżniczkować, z czym mamy do czynienia, prawidłowo zastosować nie jedną, lecz cały szereg metod, jakimi rozporządza współczesna bakteriologia. Kto chce przygotowywać szczepionki, przede wszystkim musi przejść dobrą szkołę, a w pierwszym rzędzie nauczyć się zwalczania i odróżniania t zw. „obcej flory“. Pod tą nazwą rozumiem obce danej sprawie drobnoustroje, które nie mają z nią żadnego związku przyczynowego, ale które rozmnażając się prędzej, bujniej, niż właściwe bodźce etyologiczne, maskują je, utrudniają, nieraz wprost nawet uniemożliwiają prawidłową interpretację otrzymanych wyników ba-

właściwego, a drugi wegetuje jedynie w charakterze symbionta—saprofita, w takim razie wakcynę należy przygotować tylko z pierwszego.

Monowalentną wakcynę przygotowuje się nieco inaczej od poliwalentnej — choćby dlatego, że pierwszej wystarczy niewielka ilość — z kilku hodowli w probówkach, podczas gdy druga wymaga specjalnych zastosowań. Przygotowanie szczepionki składa się z następujących punktów: 1) wyhodowanie w podłożach bakterii swoistych, jako etyologicznie związanego bodźca z istotą choroby; 2) przyrządzenie zawiesiny, 3) mianowanie jej i 4) rozlew do ampulek.

W kilku podłożach stałych (agar zwykły lub surowicy—zależnie od gatunku bakterii) szczepi się zygzakowatą rysą kulturę, świeżo wyosobnioną ze krwi (per venae-punctionem! nie przez nakłócie palca!) lub zgłębi ogniska zakaźnego, zróżniczkowaną i sprawdzoną według ogólnych metod bakteriologicznych *). Do młodych, 24-godzinnych hodowli (p. fotogr. 7 — z wyjątkiem gruźlicy!) nalewa się po 5 ctm. sz. jałowego fizyologicznego NaCl, zdejmując się z powierzchni podłoża kulturę zapomocą długiej igły platy-

daniam. Tu mógłbym przytoczyć dość jaskrawe przykłady nowych „odkryć“ z piśmiennictwa i spostrzeżenia z codziennej praktyki. Przykładów takich dostarczyć może najwięcej badanie takich jam i przetok, do których otwartym jest dostęp dla obcej flory zewnętrznej: przy powierzchownym zebraniu materiału otrzymujemy krętki, laseczniki symulujące wrzeczionowców, a należące do grupy gnilnych saprofitów, jak oto *bac. filiformis* Filsa, *bac. submesenterioides*, *bac. Tricomii* (rzekomy bodziec *gangraenae senilis*?), a zwłaszcza z ziarenkowatą zawartością *bac. subserratus* Kerna i t. d.; krętki niechorobotwórcze (jak *spirochaete denticola* Levis'a w kale, *spir. refringens*, *plicatilis*, *spirillum rubrum* lub *subtilissimum*), jako obca domieszka symulują nieraz znane krętki chorobotwórcze i t. d. A ileż to razy ziarniaki, jako obca flora, były już uznawane i opisywane w charakterze bodźców rzeczywistych: czyż przypominać tu dwoinki Rovsing'a w moczu, dwoinki Millera (rzekomo *gingivae pyogenes*) i Class'a („*scarlatinae*“) i Gomberta („*micr. flavus conjunctivae*“) i Heim'a („*micr. vesicae*“) i te setki innych—*micr. bovinus*, *ovinus*, *scarlatinae*, *haematodes* i t. d.

*) O ile chodzi o gonococci, meningococci, paciorkowce, należy—prócz wszelkich innych barwnikowych, hodowlanych i biologicznych metod—zastosować t. zw. kontrolę na zwykłym agarze przy pokojowej t^o, w takich warunkach bowiem dane bakterie wzrostu nie dają; gronkowce i laseczniki okrężnicy zaś rosną i przy zwykłej t^o na agarze.

nowej, mieszając i lekko klóćąc; otrzymany w ten sposób mętny płyn wlewa się do kolbki z 20 ctm. sz. jałowego fizjol. NaCl. Zawiesinę tę w kolbce lub długiej zatopionej probówce skłóca się silnie na trząsawce (p. fotogr. 9-tą) w celu otrzymania zupełnie jednolitej białawo opalizującej zawiesiny, i w razie potrzeby rozcieńcza się jeszcze bardziej porównawczo do odpowiedniego nefelometru, o czym była

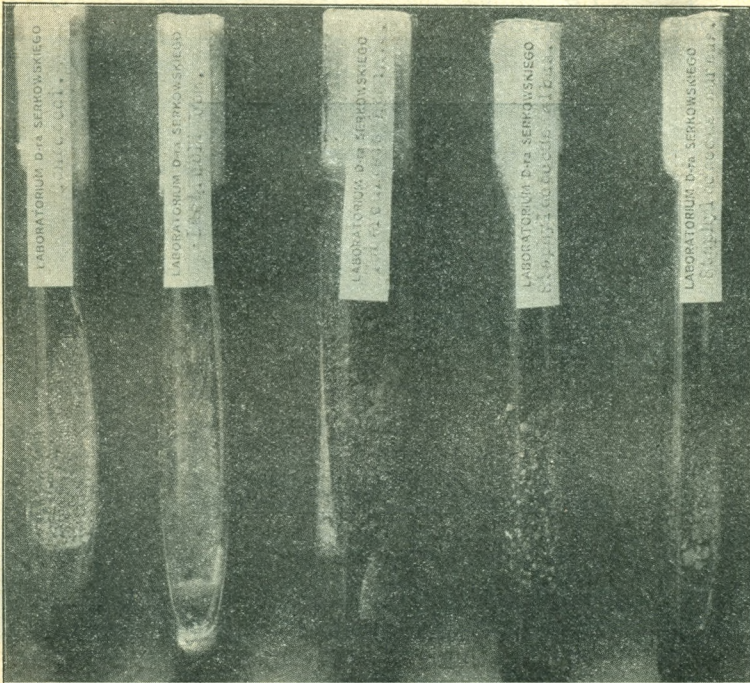


Fig. 7.

Hodowle tuberculosis, staphylococcus albus et aureus, b. coli com. i gonokoków; cztery ostatnie przeznaczone do wakcyn (fotogr. własna w dziale wakcynowym).

mowa z przedstawieniem rysunku 3 w rozdziale III. Dalsze rękoczyny — jakoto ogrzewanie, mianowanie, autoliza, rozlew i powtórne ogrzewanie — odbywają się w sposób jednaki z poniżej opisanym przygotowaniem szczepionki poliwalentnej. Wszystkie powyższe i następne mieszania i przelewania płynów wymagają—jako warunek sine qua non—aby:

1) wszystkie naczynia były świeżo wyjałowione w suszarce przy wysokiej t° (powyżej 125° C.),

2) fizjologiczny roztwór soli był izotoniczny i świeżo wyjałowiony w autoklawie,

i 3) aby posiewy, przeszczepianie, emulgowanie, przelewanie zawiesin z jednego naczynia do drugiego nie odbywały się w ogólnym pokoju (pył, zanieczyszczenia, obca flora!), lecz w specjalnym, izolowanym, małym pomieszczeniu czyli separacie, gdzie powietrze jest bez kurzu i należyście odkażone (p. fotogr. 8).

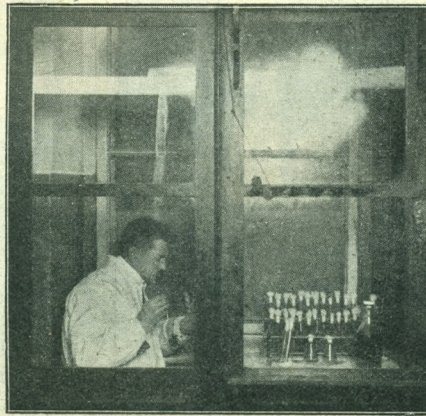


Fig. 8.

Separatka w dziale wakcynowym mego laboratorium, ściśle izolowana, pokryta wewnątrz farbą pyłochłonną; nad osobą, wykonującą szczepienia, rozciągnięte płótno ruchome, które przedtem i potem nasycy się formaliną.

Przygotowując w większej ilości szczepionki poliwalentne z jednakowego gatunku bakterii, ale różnego pochodzenia (wszystkie możliwie świeżo wyosobnione), można do hodowli bakteryjnych—zamiast próbek—stosować różnej wielkości kolbki Roux (fot. 10), posiadające w gumowych korkach dwa otwory: w jednym rurka szklana zamknięta watą, w drugim także rurka łączy się za pomocą gumowego połączenia z końcem szklanym. Kolbki z agarem zwykłym lub surowicznym wyjałowić trzeba w autoklawie, następnie w każdej szczepi się z płynnej kultury materiał za pomocą wyjałowionej szprycy w następujący sposób. Aby przenieść część hodowli bulionowej z każdego jedno-

imiennego, choć różnego pochodzenia gatunku do szeregu kolbek Roux, igłę od szprycy wkłóć trzeba w gumowe połączenie, uprzednio opalając powierzchnię takowego nagrzaną bagietką szklaną lub końcem rozpalonych nożyczek, i wprowadzić kilkanaście kropeł do wewnątrz kolbki; przez poruszanie jej można rozprowadzić ten materiał po całej powierzchni podłoża; wreszcie trzeba podłoża, szczepione w kolbkach, ustawić w cieplarni.

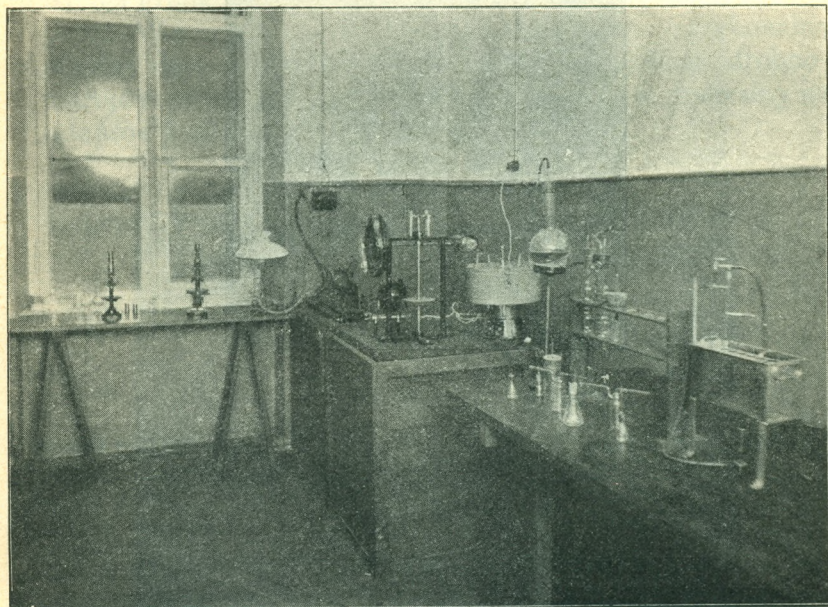


Fig. 9.

Ogólny widok działu wakcynowego (fotogr. mego labor.): widoczne są kąpiel automatyczna, recipienty i naczynia do rozlewu, trząsawki okrężne i sankowe, centryfuga elektryczna, mikroskopy.

Po upływie 24 godzin z hodowli w każdej kolbce z osobna wykonać trzeba zawiesinę oddzielnie, używając do tego celu specjalne płuczki (przedst. na fotogr. 11) o średnicy 4 ctm. i wysokości 10 ctm.; z 2 bocznych ramion jedno dochodzi do dna, drugie jest krótsze. Do płuczki wlewa się 75 ctm. sz. jałowego izotonicznego roztworu soli, zamyka się wacikami obydwie końce ramion, wyjaławia ponownie w autoklawie, a po ostudzeniu łączy się (po wyjęciu wacików) dłuższe ramię z ostrem zakończeniem kolbki Roux

z hodowlą, a krótsze z pompką gumową. Przez ucisk ostatniej przeprowadza się fizyol. NaCl z płuczki do kolbki, którą się następnie lekko skłóca w celu zmycia hodowli z powierzchni podłoża i unosi w górę w celu przeprowadzenia zawiesiny z powrotem do płuczki. W tej chwili oddziela się

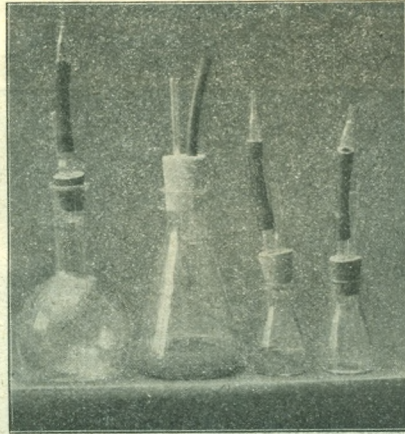


Fig. 10.

Kolbki Roux 2-jakiej wielkości do hodowli bakterji (według fotogr. w dziale wakcynowym mego laboratorium).

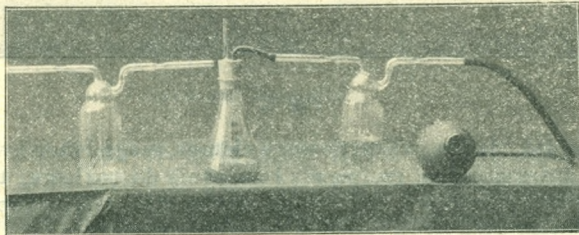


Fig. 11.

Płuczki oddzielnie i połączone z kolbką do emulgowania bakterji (według fotogr. w dziale wakcynowym mego laboratorium).

kilka ctm. sz. zawiesiny do jałowej próbówki dla zbadania miana, oraz zatapia obydwie ramiona płuczki.

Jeden z najważniejszych momentów przygotowania szczepionki polega na bardzo dokładnem rozdrobnieniu zawiesiny bakteryjnej i mianowaniu jej. Probówki z próbą

częścią, zarówno jak i płuczki zatopione z zawiesiną, podlegają w ciągu 1 godziny dokładnemu wstrząsaniu (fotogr. 9 i 12), zawiesina z paciorkowców 2 godziny. Później w ciągu 2 godzin odbywa się ogrzewanie zawiesiny w płuczkach w kąpeli wodnej, do której wstawiamy probówki i płuczki z trząsawki, przyczem zwraca się uwagę ściśle na temperaturę, aby nie była nadmiernie wysoka: mianowicie 53—55° do ogrzewania emulsji z bakterii duru brzuszego, 60° dla gonokoków, pneumokoków i paciorkowców, 65° dla gronkowców i laseczników okrężnicy, 70° dla t. zw. przez Wright'a „bacillus acne”. W celu przekonania się, czy ogrzewanie było dostatecznym do zabicia drobnoustrojów, wykonać trzeba dla kontroli posiew zawiesiny na odnośne podłoża.

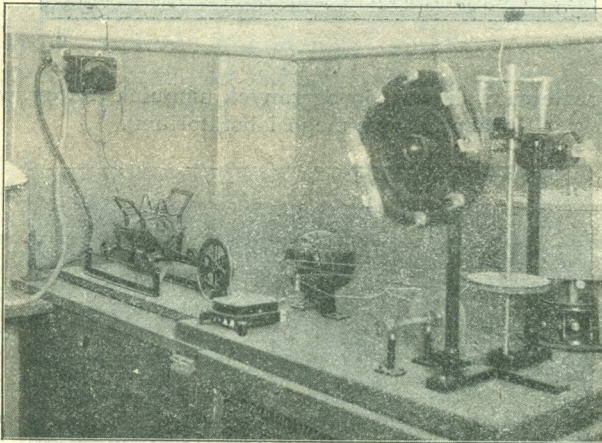


Fig. 12.

Trząsawki okrężne i sankowe, połączone z motorem elektrycznym (fotogr. własna w dziale wakcynowym).

Część zawiesiny z jednej płuczki lub mieszaninę ich z całego szeregu naczyń (zależnie od tego, czy mamy do czynienia z t. zw. autowakcyną, czy też ze szczepionką wielowartościową), mianujemy według metody Wright'a w sposób następujący. Krew z palca zbiera się za pomocą rurki włoskowatej — od przyrządu Thoma-Zeiss'a lub — pipetą Wright'a —, rozcieńcza ją 10 krotnie fizyol. NaCl albo cytrynianem sodu (1,5%) albo płynem H a y e m'a i miesza się dokładnie na szkiełku aa z równą objętością zawiesiny.

próbnej, też uprzednio rozcieńczonej kilkakrotnie (stopień rozcieńczenia zależy od gęstości zawiesiny); mieszanie krwi z emulcją próbną rozciera się cienką równomierną

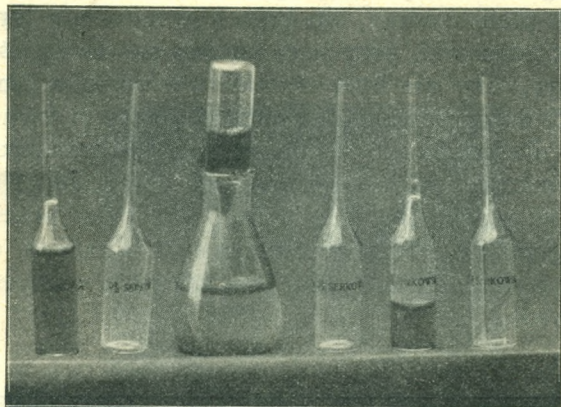


Fig. 13.

Sposób rozlewu wakuiny do ogrzanych ampulek (fotogr. w dziale wakuinowym mego laboratorium).

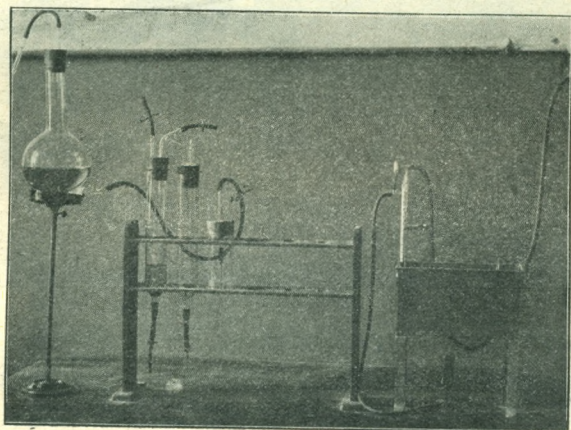


Fig. 14.

II Sposób rozlewu wakuiny za pomocą „recipientów“, kąpiel wodna z termoregulatorem na 65—70° C. do ogrzewania wakuin (fotogr. w dziale wakuinowym mego laboratorium).

warstwą na szkiełkach, przemywa wodą i barwi thioniną karbolową Borella *).

*) Sposób przygotowania barwnika: nasycony wodny roztwór thioniny osadza się 10% roztworem sody, osad na sączku 2-krotnie

Jeżeli przy badaniu drobnowidzowym spostrzeża się nadmiar bakterii (= całe pola widz. przez nie pokryte), w takim razie zawiesinę próbną należy jeszcze odpowiednio rozcieńczyć, naprz. 2 lub 5-krotnie. W szeregu pól widzenia oblicza się stosunek ilościowy bakterii do erytrocytów: jeżeli przeciętnie ilość bakterii = ilości czerwonych krążków krwi (już z uwzględnieniem poprawek, zależnych od poprzedniego rozcieńczenia krwi i zawiesiny), to mamy 5000 milionów bakterii w 1 ctm. sz.; jeżeli zaś przeciętnie wypada 500 bakterii na 100 erytrocytów, to $\frac{100 \text{ erytrocyt.}}{500 \text{ bakterii}} = \frac{5000 \text{ milionów}}{x}$, stąd $x = \frac{500 \times 5000 \text{ milion}}{100} = 25.000 \text{ mil.}$ w 1 ctm. sz.

Po obliczeniu miana w zawiesinie próbnej, musimy odpowiednio rozcieńczenia wykonać i w całej przygotowanej masie szczepionki, która uprzednio już podlegała ogrzewaniu w kąpeli wodnej i 24-godzinnej autolizie w ciepłarni, przyczem należy brać pod uwagę wskazówki Wright'a co do dawek w zależności od gatunku bakterii, jako-to:

Gronkowce

1 doza	100 milionów w 1 ctm. sz.		
2 „	200	„	„
3 „	1000	„	„

Gonokoki

1 dawka	5	„	„
2 „	10	„	„

Paciorkowce

1 doza	5	„	„
2 „	10	„	„

Laseczniki durowe

1 doza	1000	„	„
2 „	2000	„	„

„Bac. acne“

1 doza	8	„	„
------------------	---	---	---

Mieszanka „bac. acne“ + staph.

1 doza	8	„ b. acne + 200 mil. gronkowców.
--------	---	----------------------------------

przemywa wodą przekroploną i rozpuszcza się ponownie w stosunku 1 grm. suchego proszku na 100 ctm. sz. 5% roztworem karbolu przed użyciem każdorazowo należy barwnik filtrować.

Wiedząc z określonego miana, ile przygotowana zawiesina zawiera milionów bakterii w 1 ctm. sz., łatwo już można obliczyć, ile potrzeba jej dodać do 100 ctm. fizjol. NaCl (przy autowakcynie) lub do 1 litra (przy szczepionce wieloważnej), aby otrzymać żądane rozcieńczenie z zawartością potrzebną 200, 100, 10 lub 5 milionów w 1 ctm. sz.

Do wykonania potrzebnych rozcieńczeń służą t. zw. „recipienty” (p. fot. 14), z których odbywa się następnie dalszy rozlew do ampulek lub flakonów. O ile chodzi o łatwo dostępny rozlew autowakcyny, zalecić mogą następujący sposób, przedstawiony na fotogr. 13-ej. Ampułki, sterylizowane w suszarce, podlegają razem z tą ostatnią ochłodzeniu do 60—65° C., szybko zanurzają się jedna po drugiej w wacynie, która dzięki rozrzedzonemu powietrzu w ampulce automatycznie wypełnia takową; poczem również szybko zatapiają się w ogniu. Po zatopieniu wacyny w ampulkach lub flakonach podlegają ponownemu ogrzewaniu przy tej samej t°, jak poprzednio. Prócz wyjałowienia przez ogrzewanie Wright stosuje dodatek fenolu (5.5 ctm. sz. 90% roztw. fenolu na 1 litr, czyli 0.5%).

Wszystko wyżej opisane odnosi się do wszelkich szczepionek, za wyjątkiem gruźliczych, których opisowi poświęcony jest rozdział VII.

Szczepienia podskórne wykonują się albo między łopatkami albo w sąsiedztwie powierzchownego ogniska zakaźnego, przyczem zarówno dawka szczepionki, jak okres czasu między jedną a drugą zależne są nie tylko od rodzaju zakażenia, ale i od klinicznego przebiegu, a przede wszystkim od indywidualnego odczynu. Wobec tego, nie może być ogólnego prawidła dla wszystkich bez wyjątku przypadków. Z praktyki własnej zarówno jak i z danych piśmiennictwa sędzę, że powyższe normy cyfrowe mają bardzo względne znaczenie, zwłaszcza odnoszące się do 2-ej i 3-ej dawek: wiadomo bowiem, że pierwszą dawkę uzależnić należy od stanu zdrowia i wieku pacjenta, a następne od reakcji po poprzedniej szczepionce, od objawów klinicznych, wreszcie i od wskaźnika przysposobnego

Ogólnie jednak rozpoczyna się szczepienia od 1/2—1 ctm. sz. pierwszej dawki, stosowanej podskórnie z zachowaniem wszelkich aseptycznych ostrożności. W ciągu następnych dni chory znajduje się pod ścisłą obserwacją (ogólny stan, odczyn miejscowy, t° i o ile to możliwe—wahania indicis opsonici, prócz badania stanu nerek).

O ile chory dobrze zniósł pierwszą, otrzymuje po 6—8 dniach $\frac{1}{2}$ do 1 ctm. sz. drugiej dawki lub też podwójną dawkę pierwszą. W razie nadmiernych bólów, obrzmienia, zaczerwienienia miejscowego, ogólnego niedomagania, podniesienia nadmiernego t^o, zwiększać należy przerwy między jednym szczepieniem a drugim i ostrożniej powiększać dozy—aż do widocznej poprawy stanu zdrowia.

Odmienną metodę przygotowania wakcyn z zastosowaniem promieni ultra-fioletowych ogłosił niedawno (1911) R e n a u d.

Na mocy badań R e n a u d doszedł do wniosku, że wszystkie bakterye, w tej liczbie i gruźlicze, pod wpływem promieni ultra-fioletowych tracą swą zjadliwość i zdolność do rozmnożenia, ale bez zmian morfologicznych i barwnikowych i bez osłabienia ich produktów jadowitych (toksycznych) rozpuszczalnych i nierozpuszczalnych. Szczepionki z bakteryi, zabitych pod wpływem promieni ultra-fioletowych bez ogrzewania, różnią się od wakcyn P a s t e u r'a lub W r i g h t'a, w których bakterye i endotoksyny podlegają znacznym zmianom. Według R e n a u d'a, wakcynę durową przygotować należy w następujący sposób.

Z 48-godzinnej agarowej hodowli laseczników tyfusowych, wyosobnionych ze krwi odnośnych chorych, wykonuje się zawiesina w stosunku 5 mgr. na 1 ctm. sz., a następnie podlega ona działaniu lampy kwarcowej w ciągu 30 minut. W miejscu szczepienia takiej wakcyny, nie przedstawiającej żadnego niebezpieczeństwa, odczyn bywa nieznaczny, wchłanianie elementów morfologicznych odbywa się z nadzwyczajną szybkością. U świnek, szczepionych dawką 2—3 mgr., występuje uodpornienie na 3 lub 4 dzień przeciw zarazkom swoistym, które dochodzi do swego maximum po 3 iniekcjach w ogólnej ilości 4 lub 5 cgrm. Autor stosował z dobrym wynikiem przygotowane w powyższy sposób szczepionki przy rozmaitych sprawach zakaźnych. Z szeregu wniosków jego, na specjalną uwagę zasługuje ten, że wakcyny durowe są skuteczne nawet przy sprawach zakaźnych, nie mających nic wspólnego z lasecznikami E b e r t h'a! czyli że odczyn ze strony ustroju na wprowadzenie bodźców bakteryjnych w postaci wakcyny jest nie swoistym, lecz wogóle przeciwbakteryjnym, a więc i przeciwdurowym. Czy pogląd taki jest uzasadnionym, przekonać się można z treści następnego VI rozdziału.

Poniżej przytaczam wrażenia, jakie odniosła K o n a r z e w s k a (l. c.), pracując nad opsoninami i wadcynoterapią w St. Mary's Hospital w Londynie; zastrzegam się, że nie godzę się na niektóre wnioski, choć większość ich zasługuje na poważną uwagę. Tak np. zastrzeżenia moje tyczą się wzmianki o micr. neoformans, dalej o określeniu głównej przyczyny choroby w przypadkach zakażeń mieszanych lub obecności kilku rodzajów bakterii na mocy bardzo niskiego lub bardzo wysokiego wskaźnika przysposobnego, co nie może być zgodne z faktami (p. rozdział poprzedni), a pominięte są przytem inne ważniejsze metody rozpoznawcze (próba C a s t e l l a n i etc.). Również nie sędzę, aby często spostrzegane przez autorkę ujemne wyniki wadcynoterapii przy sprawach paciorkowcowych o g ó l n y c h zależały od wskazanej przez nią przyczyny, lecz nie od przyczyn, o których była wyżej mowa w rozdziale niniejszym. Spostrzeżenia swoje K. opisuje jak następuje.

„Przy zakażeniach paciorkowcami wadcyna sprzedażna często zawodzi; prawdopodobnie dlatego, że mamy rozmaite gatunki paciorkowców, znacznie różniące się jedne od drugich i co do złośliwości i co do własności biologicznych (odczyn z mlekiem, z neutral-roth, sacharozą, laktozą, raffinozą, inulinem, koniferyną, mannitem, a także wzrostem na żelatynie przy 20° C, morfologią na bulionie i działaniem chorobotwórczem na myszy), i dlatego przy streptococcae-mia, o ile to jest możliwe, trzeba stosować autowadcynę. W praktyce spostrzegamy nieraz przypadki z tak szybkim, a często piorunującym przebiegiem, że nie możemy czekać na przygotowanie autowadcyny (na co potrzeba od 2-ch do 3-ch dni, a czasami i więcej czasu), stosujemy więc w tych przypadkach na razie wadcynę sprzedażną. Jeżeli gatunek paciorkowców w danym przypadku jest ten sam lub bardzo zbliżony do gatunku, z którego wadcyna sprzedażna została przygotowana, to może dać pomyślny wynik: w przeciwnym razie dodatnich wyników spodziewać się nie możemy.

W zakażeniach pneumokokami, gonokokami, b. influen-cy, gronkowcami, micrococcus neoformans, b. acne stosowanie sprzedawanej wadcyny często daje wyniki; lepsze jednak otrzymujemy przy stosowaniu autowadcyny.

Wyodrębnienie bakterii chorobotwórczej jest często utrudnione. Czasami mamy w wydzielinie kilka rodzajów bakterii, więc dla określenia przewagi jednego z nich w danem zakażeniu określamy wskaźnik (index) względem

każdego gatunku. Jeżeli wskaźnik względem jednej bakterii jest bardzo niski lub bardzo wysoki, przyjmujemy dany gatunek za główną przyczynę choroby. Czasami infekcja może być mieszana, t. j. znajdujemy dwa, trzy rodzaje bakterii, będące z sobą w symbiozie i w równej mierze będące przyczyną choroby — w takich przypadkach tylko stosowanie mieszanej wakcyny daje pomyślne wyniki.

Pracując w ciągu $\frac{1}{2}$ roku w Londynie w St. Mary's Hospital pod kierownictwem Wright'a, miałam możność obserwowania wielu przypadków najrozmaitszych zakażeń, leczonych tylko wakcynami.

Wyniki tego były rozmaite: w niektórych infekcjach, np. paciorkowcowych ogólnych, często ujemne, szczególnie przy stosowaniu sprzedanych wakcyn (przyczyna objaśniona wyżej), w infekcjach zaś gronkowcowych, pneumokokowych, zakażeniach influencowych, w infekcjach *b. coli commun.* (w tem ostatniem zakażeniu przy prawie wyłącznem stosowaniu autowakcyny), w zakażeniu gonokokowem (szczególniej w tryprawem zapaleniu oka) wyniki dodatnie były często zadziwiająco nawet i bardzo szybkie.

Co do gruźlicy, to widziałam wyraźnie polepszenia, a nawet zupełne wyleczenie w gruźlicy stawów, otrzewnej, gruczołów limfatycznych. Poprawę potwierdzał nie tylko wskaźnik, ale i przebieg kliniczny. W wilku skóry, w którym mamy zawsze zakażenie mieszane — laseczniki gruźlicze i gronkowce —, działanie wakcyny kombinowanej jest prawie żadne, gdyż, jak Wright objaśnia, w wilku skóry ginie dużo leukocytów, które oswobadzają ferment (trypsynę) i ten niszczy tkanki otaczające. W jednym obserwowanym przeze mnie przypadku wilka, Wright uprzednio zastrzyknął chorej trypsynę dla podniesienia sprawności antytrypsycznej surowicy krwi, i rzeczywiście lupus, wielkości dłoni na obu policzkach, nie mający żadnej tendencji do gojenia się, po kilkakrotnem zastrzyknięciu trypsyny, przy jednoczesnem stosowaniu wakcyn, zaczął się goić.

Określanie wskaźnika opsonicznego w gruźlicy jest konieczne. Często mamy tu zakażenie mieszane i nieuwzględnianie drobnoustrojów, towarzyszących gruźliczemu zakażeniu, może doprowadzić do fałszywych wniosków co do działania wakcyny. Zastrzyknięcie wakcyny kombinowanej doprowadza do szybkiej poprawy, co wielokrotnie mogłam skonstatować. Bardzo efektowne jest działanie wakcyny w zakażeniach gronkowcami, jak trądzik, czyraki,

wągliki i t. p., przyczem w kilka godzin po zastrzyknięciu widzimy zmniejszenie bólu, a zupełne wessanie następuje bardzo szybko.

W jednym przypadku pryszczycy ogólnej, trwającym kilka lat, wyleczenie zupełne nastąpiło po kilku zastrzyknięciach. Zakażenia lasecznikami okrężnicy poddają się leczeniu prawie wyłącznie autowakcynami, a to dlatego, że drobnoustroje te są bardzo indywidualne i różne. Zapalenie pęcherza moczowego, miedniczek nerkowych, pęcherzyka żółciowego były leczone u Wright'a z doskonałym wynikiem. W jednym przypadku colit. membranaceae (infekcja *b. coli com.*), trwającym lat kilka i bezskutecznie leczonym różnymi metodami, po trzymiesięcznym leczeniu wakcynami przez Wright'a, stan chorej, bardzo wyniszczonej przed rozpoczęciem leczenia, stał się kwitnącym. Bardzo dodatnie były wyniki po stosowaniu wakcyn w różnego rodzaju chorobach zakaźnych oczu. Zapalenia łącznicy tryprowe, pseudobłonicze, pneumokokowe przechodziły wprost zadziwiająco szybko, o ile gałka oczna nie była już zniszczona. Wright stosuje zastrzykiwanie wakcyn również zapobiegawczo, np. w czasie epidemii influency; przed ciężkim zabiegiem operacyjnym wstrzykuje wakcyne paciorkowcową; również zaraz po oparzeniach, przy których najczęściej występują zakażenia paciorkowcami. Wright zastrzykuje też wakcyne paciorkowcową przeciw grubym, dużym, nierozciągliwym bliznom np. po oparzeniu. Widziałam pod wpływem takiej kuracji bardzo ładne rozciągnięcie się blizny na klatce piersiowej i ramieniu u dziecka 6-letniego.

Dotychczasowe wyniki leczenia powyższą metodą w Szpitalu Przemienienia Pańskiego na Pradze są również zachęcające, a w przypadku chronicznego (2-letniego) colit. membranaceae i acne kilkuletniej — wprost zdumiewające.

Przygotowanie autowakcyny w każdym przypadku jest naturalnie niemożliwe dla lekarza praktyka, ale tenże może się posługiwać wakcynami sprzedażnymi, licząc na dobry wynik w zakażeniach pneumokokowych, influencowych, gronkowcowych, ewentualnie i gonokokowych“.

ROZDZIAŁ VI.

O szezepieniach zapobiegawczych.

T R E S C: Wakcyna profilaktyczna i ogólne zasady uodpornienia czynnego. Doświadczenia i spostrzeżenia własne. Metody Hawkina, Kolle'go, Lustig'a i Galeotti, Neisser-Shiga, Bezredki, Gosio, Jerzego Brunnera. Uodpornianie czynno-bierne: metoda simultan. Porównanie istoty wakcyn leczniczych z zapobiegawczymi. Granice stosowania ich.

Jak już wiadomo (p. rozdz. I), pod nazwą uodpornienia czynnego rozumieć trzeba takie zmiany, które powstają w ustroju pod wpływem wprowadzonych bodźców—bakteryi i ich endotoksyn. Ciała przy tem wytwarzające się uogólniane są pod nazwą odczynników (Antikörper). Jeszcze nie jest ściśle ustalonem, w jakim związku znajdują się powstałe w ustroju odczynniki z samą istotą odporności, nabytej bądź po przebyciu pewnej choroby, bądź też sztucznie drogą wakcynacyi, i nawet nie wiadomo, czy są one tej odporności przyczyną czy skutkiem. Niektóre z tych ciał np. aglutyniny i precypityny powstają raczej w charakterze odczynników, aniżeli ciał ochronnych ustroju.

O istocie ciał, wiążących komplement, tak dobrze jak nie wiemy; inne zaś—bakteryolizyny, baktericidyny, bakterytropiny i opsoniny—uważane są wprawdzie za armię, z pomocą której ustrój zwalcza wroga mu zarazki, ale pomimo to nie objaśniają one całokształtu objawów uodpornienia. Naprz. obserwował Jürgens pacjenta, który zapadł na dur brzuszny z nawrotami pomimo bardzo wysokiego miana bakteryobójczego surowicy krwi względem laseczników duru brzusznego; lub Böhm—nawroty duru pomimo wysokiego wskaźnika przysposobnego i t. d.

W każdym razie jest faktem ustalonym, że powyższe ciała swoiste wytwarzają się intensywnie po przebytem zakażeniu, zarówno jak po sztucznem wprowadzeniu do ustroju bakteryi żywych i zjadliwych. Ponieważ jednak taki zabieg byłby równoznaczny z zakażeniem, więc byłaby niemożliwą metoda sztucznego czyli czynnego uodpornienia, gdyby nie geniusz Pasteur'a, który wskazał właściwą drogę—osłabianie zarazków przed ich wcieleniem do ustroju w celu uodpornienia. Wszystkie istniejące metody wakcy-

nacyi od odkryć Pasteur'a biorą swój początek, choć różne stosują się sposoby osłabiania bakteryi.

Od chwili wprowadzenia wakuiny do ustroju, aż do wytworzenia się swoistych ciał ochronnych okres czasu bywa różnym zależnie od osobnika szczepionego, jak i od gatunku bakteryi: przeciętnie ten okres trwa 1—3 dni. Czas zaś trwania sztucznego uodpornienia waha się w granicach bardzo szerokich, od 2 miesięcy do 4—6 lat: ten fakt stanowi najslabszą stronę wakcynoterapii zapobiegawczej i stoi na przeszkodzie wprowadzeniu szczepień masowych. Druga okoliczność, z którą się trzeba liczyć, to zaburzenia w stanie zdrowia, obrzmienia, bóle, podniesienie t^o—co zwykle następuje wślad za dokonaniem szczepieniem: objawy te przypadają na t. zw. okres ujemny (fazę negatywną), który znalazł podstawę naukową w teoryi i doświadczeniach Wright'a. Z wniosków praktycznych tego ostatniego najważniejszym jest spostrzeżenie, że nadmierne dawki szczepionki są szkodliwe przez przedłużanie okresu ujemnego (znaczenie fazy ujemnej neguje Pfeiffer).

Szczepionki zapobiegawcze muszą być 1) trwałe, nieszkodliwe i dostępne, 2) łatwe do dawkowania, 3) możliwe w praktycznym zastosowaniu (conajwyżej 3-krotne szczepienia w 6-dniowych przerwach, 4) naukowo uzasadnione i możliwe do kontrolowania, 5) wykonane pod doświadczonem okiem, któremu nie ujdzie najmniejszy błąd metodyczny. Wreszcie czynne uodpornienie przeciwko zarazkom nie może być panaceum przeciw wszelkim chorobom, nie może zastąpić całego szeregu środków sanitarno-policyjnych, nie może przeciwdziałać temu—co jest wynikiem nędzy i ciemnoty, największych sprzymierzeńców wszelkich epidemii. Z tego wynika, że niema powodu na sprawę szczepionek zapatrywać się sceptycznie, jak i nieuzasadnionym byłby nadmierny bezkrytyczny entuzjazm. Dobry skutek szczepień przeciwcholerycznych jest bez zaprzeczenia faktem już ustalonym i stwierdzonym, choć propagowanie idei szczepień zbiorowych w naszych warunkach jest sprawą wprost nieziszczalną: całej ludności uodpornić nie jesteśmy w stanie nawet wobec grożącej epidemii, nie możemy nawet liczyć na uodpornienie $\frac{1}{10}$ części ludności przy szczepieniach dobrowolnych. Przekonałem się o tem z własnego doświadczenia: pomimo ciągłego nawoływania w czasie epidemii cholery przed kilku laty, uodporniłem w ciągu 6 miesięcy zaledwie 353 osoby, tj. wówczas $\frac{1}{1000}$

część Łodzi, a zachęcałem nie tylko piórem, ale szczepiąc wielokrotnie siebie, swoją rodzinę i personel laboratoryjny.

Tam, gdzie istnieje wysoka kultura gdzie uświadczenie ogółu jest daleko posunięte, gdzie pilną zwracają uwagę na stan sanitarny—tam szczepienia zbiorowe zapobiegawcze są niepotrzebne, dlatego też w Europie przeważnie do tego zabiegu nie uciekają się w krajach cywilizowanych. Tam znów, gdzie o kulturze niema mowy, gdzie ludność przeważnie składa się z wynędzniałych analfabetów. gdzie gnieździ się niechlujstwo i cały kraj obezwłasnowolniony i powstrzymany jest na drodze rozwoju naturalnego, gdzie nie można usunąć odwiecznych śmietników i wód zakaźnych — tam o powszechnem dobrowolnem uodpornieniu nie można marzyć. W Indyach myślał Hawkin za pomocą szczepień ochronnych zdusić i zwalczyć cholere w jej endemicznem ognisku—i to mu się nie udało! bo na wiele milionów ludności uodpornił zaledwie 40 tysięcy.

Fakt, że istnieje szereg sposobów przygotowania szczepionek nie przemawia zgoła przeciw samym skutkom ich, ponieważ nie tylko co do cholery, ale i przeciw wielu innym chorobom zakaźnym rzeczywiste uodpornienie można otrzymać niezależnie od metodyki, która dla wszystkich wakcyn waha się w granicach następujących: 1) czynne uodpornienie za pomocą bakterii silnie zjadliwych, bądź osłabionych, bądź zabitych, 2) czynne uodpornienie, kombinowane z biernem, też za pomocą bakterii zjadliwych, bądź osłabionych, bądź zabitych. Osłabienia zarazków można osiągnąć albo przeprowadzeniem przez ustrój pewnych zwierząt albo wieloma chemicznymi albo wreszcie wieloma fizycznymi sposobami,—jak zobaczymy poniżej.

Tak, na przykład, dla wywołania krótkotrwałej czynnej odporności przeciw paciorkowcom stosuje się szczepienia słabozjadliwego materiału, który otrzymać można wszystkimi powyższymi sposobami; można też wciąż zwiększać dawki tej samej szczepionki, lub też po dużych dawkach takowej stosować małe dozy bardziej jadowitego materiału; w niektórych wypadkach szczepi się tylko podskórnice, w innych równocześnie i do wewnątrz żył. A rezultaty poszczególnych sposobów uodpornienia różnią się między sobą tylko w znaczeniu ilościowem. Dodatni wynik szczepień zapobiegawczych stwierdzili przez określanie bakteryolizyn Friedberger i Morechi, których zdaniem nawet różny sposób przygotowania wakcyny (z wyjątkiem ogrze-

wania do 150° C. lub użycia chloroformu) nie wpływa prawie wcale na wynik i skuteczność szczepionek.

Takież same przykłady mógłbym przytoczyć i co do pneumokoków (doświadczenia Bordoni-Uffreduzzi, Netter'a, Anny Kindborg i in.), gronkowców (Richard-Hericourt), bakterii grypowych (Delius-Kolle), laseczników ropy błękitnej (badania Charrin'a, Wassermann'a i in.), laseczników cholery i pasterellozy nierogacizny—szczepienia bierne, czynne i kombinowane (doświadczenia Scheinitz'a, Smith'a i in.) i t. d.

W sprawie szczepionek przeciwdrurowych Bassenge i Rimpau przyszedł do wniosku, który i ja sprawdziłem przy wakcynacji przeciwcholerycznej, że wielokrotne wprowadzanie małych dawek daje to samo miano bakteryobójcze krwi, co i jednorazowa większa dawka. Miano czyli titer bakteryobójczości krwi jest jednakowem, czy podskórnie wprowadzimy żywe wibryony choleryczne (gdzie one szybko giną, nie rozmnażając się), czy też zabite: zarówno w pierwszym jak w drugim przypadku wchodzi w grę uwolnione endotoksyny.

Jakkolwiek szczepień przeciwdrurowych i przeciwcholerycznych w różnych miejscowościach wykonano w ostatnim dziesięcioleciu krocie tysięcy, to jednak więcej, niż na statystyce, polegać można na określeniu bakterjologicznych własności krwi przed szczepieniem i w 5—8 dni po każdej, ewent. po ostatniej wakcynacji. Do wielkiej, prawie matematycznej ścisłości doprowadzone są określenia miana krwi *in vitro* et *in vivo*. Badanie *in vitro* polega na tem, że pewne określone ilości badanej surowicy krwi miesza się w 9 próbek z określoną ilością zjadliwej hodowli swoistej i z określoną ilością surowicy normalnej (czyli t. zw. dopełniacza), następnie mieszaninę stawia się na kilka godzin do ciepłarki, wreszcie szczepi się na płytce: w ten sposób określa się, jaka absolutna doza surowicy badanej zdoła zniszczyć 1 uszko bakterji swoistych. Badanie *in vivo* polega na t. zw. objawie Pfeiffer'a, najbardziej czułym i pewnym sposobie, który służy nietylko do jakościowego i ilościowego określania własności bakterjobójczych krwi, ale również i do stwierdzenia swoistości czyli różniczkowania wyosobnionych bakterji.

Badając bakterjologiczną siłę krwi uodpornionego zwierzęcia lub człowieka, bierzemy surowicę krwi jego i pewną hodowlę swoistą o wiadomej sile zjadliwości. O ile

technika jest prawidłową i o ile równocześnie wykonuje się kontrolę według przepisu Pfeiffera i Issajewa, to dana metoda daje rzeczywiście znakomite i zupełnie pewne wyniki. U ludzi nie szczepionych miano surowicy wynosi przeciętnie 0.6 (tj. taka ilość surowicy wystarcza do zabicia 1 uszka czyli 2 mg. bakterii cholery), u uodpornionych miano wynosi 0.0005 do 0.001, a u ludzi, którzy przebyli cholere, siła surowicy nigdy nie przekracza 0.01: czyli przy sztucznym uodpornieniu krew zawiera daleko więcej bakteriolitycznych ciał, aniżeli krew osób, które przebyły cholere. Prócz tego, u ozdowieńców pierwsze swoiste zmiany we krwi zaczynają się dopiero na 14—20 dzień od początku choroby, dosięgają swego maximum w 4—5 tygodni i giną po 2—3 miesiącach, tymczasem przy sztucznym uodpornianiu odczynniki zjawiają się znacznie wcześniej — bo 5—8-go dnia po zaszczepieniu i trwają przeciętnie 6 do 14 miesięcy. Przy sztucznym uodpornieniu chwytniki czyli receptory substancji uodporniającej wiążą się z dwuchwytnikami czyli amboceptorami komórek ustroju: nagromadza się przytem tak duża ilość ciał swoistych, iż ustrój zabezpieczony jest o wiele lepiej i na czas znacznie dłuższy, niż nawet po przebyciu cholery—za czem przemawia wiele faktów i doświadczeń. Ale tak jak przebycie cholery nie zawsze zabezpiecza na całe życie, tak też i sztucznie spowodowana odporność czynna jest tylko czasową.

W czasie dwóch epidemii na południu Rosyi zwiedzałem miejscowości, objęte cholera, wykonywałem tam lekarzom i studentom szczepienia zapobiegawcze, wreszcie—przy współdziałaniu pomocników moich kol. Grabowskiego, Glogera, W. Kohna i Czaplckiego — wykonałem w Łodzi w swojej pracowni 353 szczepień zapobiegawczych trzykrotnych, a z tej liczby u 41 lekarzy, studentów i innych osób zbadałem krew na własności bakterjobójcze (szczegóły: patrz Przegląd Lekarski i Centr. f. Bakteriolog. 1905). Z pośród 41 badanych osób u wszystkich określiłem bakterjologiczne miano krwi przed pierwszym szczepieniem, u 18 przed pierwszą i po drugiej wakcynacji, u 4 przed pierwszą, po drugiej, i po trzeciej, a u 19 przed pierwszą i w 5 dni po ostatnim szczepieniu. Miano określałem in vitro, u ośmiu też in vivo za pomocą objawu Pfeiffera. Siedem osób zaszczepiłem według metody Neisser-Shiga (wolnych receptorów), resztę według Kollé'go. Wzrost miana bakterjologicznego był po

każdym szczepieniu tak znaczny i wyraźny, że kto takie badania wykonywał lub był przy nich obecny, ten nie ma nawet cienia wątpliwości co do skuteczności szczepionek. Ujemnych następstw żadnych nie zauważyłem, prócz miejscowego odczynu i nieznacznych objawów ogólnych. Tylko u dwóch osób podniosła się po szczepieniu t^o do 39^o C., z nich u jednego z kolegów, który przed szczepieniem już kilka dni cierpiał na biegunkę, lecz mnie o tem nie uprzedził, i u jednego studenta, któremu na jego własne żądanie zaszczyliłem równocześnie wakcyny przeciwocholeryczną i przeciwduruwą (wyjeżdżał na Daleki Wschód).

Z metodyką przygotowania różnych szczepionek zapoznamy się bliżej w Części II Specyalnej, gdzie przy omawianiu poszczególnych spraw zakaźnych opisaną jest metodyka odnośnych stosowanych wakcyn: tu zaś, jako w Części Ogólnej uważam za stosowne przytoczyć dla przykładu szereg istniejących metod przygotowania szczepionek przeciwocholerycznych, nad którymi najwięcej dotychczas wykonano doświadczeń *).

*) W mojem laboratorium przygotowuje się wakcynę choleryczną dwoma sposobami typu Neisser-Shig'a—według przepisu Bertarelli, zmodyfikowanego przez instytut bakteriologiczny w Charkowie, oraz metodą Kolle'go.

Metoda Hawkina polega na tem, że wprowadza się do ustroju wakcyny różnej siły: pierwsza słabsza, przedstawia żywą hodowlę prątków cholerycznych, która wyrosła przy 39^o C: W atmosferze tlenu i następnie w ciągu 3 dni była wielokrotnie przeszczepiana na nowe podłoża; druga wakcyna jest to silnie zjadliwa kultura cholery, wzmocniona przez wielokrotne przeprowadzenie przez ustrój zwierzęcy. Druga wprowadza się pod skórę w 5-7 dni po pierwszej, a ilość pierwszej, jak i drugiej wakcyny wynosi od $\frac{1}{10}$ do $\frac{1}{10}$ hodowli agarowej—zależnie od wieku szczepionych, maksym. = $\frac{1}{6}$ do $\frac{1}{4}$ hodowli agarowej; dzieciom dwa razy mniej. Wypróbowały te wakcyny na zwierzętach, później na sobie i kolegach, Hawkin następnie wykonał 42.000 szczepień w Indjach, a z tej liczby $\frac{2}{3}$ powtórnie, ogółem więc 70.000. Rezultat szczepień pod każdym względem pomyslny; reakcyja niezbyt silna (miejscowe obrzmienie, t^o niewyżej 38,5^o C.). Szczepienia podskórne są z tego powodu nieszkodliwe, że żywe prątki choleryczne pod skórą szybko giną; trwałość odporności=około roku.

Metoda Kolle'go polega na tem, że — zamiast żywych — wprowadza się jednorazowo zabite hodowle agarowe przy 56^o C.: dawniej opisywał Kolle, że hodowle agarowe zabite skłóca się z fizyologicznym roztworem soli (2 mgr. na 1 ctm³ soli); podług zaś otrzy-

Czynna czyli izopatyczna odporność przeciw cholercie osiąga się różnymi sposobami; zwłaszcza dzięki pracom Hawkin'a, Ascher'a, Kolle'go, Martens'a, Friedberger'a, Nusser'a, Bertarelli, Gosio, J. Brunner'a i in. doprowadzono przygotowanie odnośnych wakcyn do nowych modyfikacji i udoskonaleń. Gdy wr. 1883 Robert Koch wykrył w Egipcie wibryony choleryczne, Ferrau zaraz w następnym zaczął szczepić świnki

manego przezemie listu od Kolle'go w tej sprawie, zmienił on obecnie metodykę w taki sposób, iż powierzchnia hodowli agarowej, obliczona na 10 uszek, zmywa się 0,85% roztworu soli, następnie ogrzewa tę zawiesinę w ciągu godziny przy 56° i dodaje 0,3% fenolu; zmiana polega na tem, iż Kolle radzi, zamiast jednorazowo, szczepić dwukrotnie: 1-sza iniekcja 1 uszko (2 mgr. hodowli), druga iniekcja po 8-u dniach 3 uszka (tj. 6 mgr. hodowli). Kolle zbadał działanie tych wakcyn na 15-u ludziach: a Murata w Japonii zaszczepił 77,907 i gdy śmiertelność ogólna podczas epidemii wynosiła tam 75% wśród 1152 osób nieszczepionych, które zachorowały na cholere, z pośród szczepionych zachorowało tylko 47 osób, z tych 20 zmarło.

Zlatogorow w Persyi w Taurydzie, gdzie w roku 1904-ym zachorowało 20.000 ludzi, a zmarło 15.000, zaszczepił metodą Kollego 1482 osób; szczepienia zmniejszyły śmiertelność 4 razy, a liczbę zachorowań 5 razy, prócz tego u chorych znacznie osłabiły przebieg choroby. Kolle w roku bieżącym wskazuje, że na wynik szczepienia nie jest bez wpływu i sama hodowla: zdarzają się dobrze i źle uodporniające hodowle. W ciągu kilku dni po zaszczepieniu następuje naprzód t. zw. „okres negatywny“, odporność zaczyna się na 8-10 dzień.

Wakcyny według Kolle'go jak i Hawkina wywołują nieznaczną miejscową reakcyę (ból w miejscach wkłucia, zaczerwienienie i obrzmienie), podniesienie się ciepłoty niewyżej 1° C, i ogólne przykre samopoczucie w ciągu 12 godzin po zaszczepieniu.

Metoda Lustiga i Galeotti. Szczepionki otrzymuje się przez rozpuszczenie młodych hodowli agarowych w słabym 1% ługu potasowym i strącenie za pomocą 1% kwasu octowego - nukleoproteidu, zawierającego ciała ochronne. Strącony osad przemywa się, dopóki przesącz wykazuje kwaśny odczyn, następnie suszy w próżni. Wakcyna w postaci proszku może być przechowywana przez czas dłuższy. Ta metoda, pierwotnie służąca do uodporniania przeciw dżumie, zastosowaną była przez Tavela do cholery. Przygotowanie wakuiny odbywa się na drodze chemicznej, przez co usuwa się szkodliwe działanie gorąca na swoiste substancje bakteryjne. Według Tavela nukleoproteid, zastrzyknięty w ilości 0,005 grm. do otrzewny zabezpiecza świnki morskie od śmiertelnej dawki wibryonów.

Heller badał zjadliwość nukleoproteidu dla morskich świnek i królików, odczyn przy śmiertelnych, lub uodporniających dawkach, trwałość odporności i zmiany w surowicy zwierząt uodpornionych. Różna zjadliwość hodowli wcale nie wpływa na toksyczne

morskie i następnie uodpornił 40 tysięcy ludzi podczas epidemii cholery w Hiszpanii. Po 10-letniej przerwie Harkin znów podniósł sprawę i zastosował immunizację w Indiach na szeroką skalę. Najwięcej znane i stosowane są w praktyce następujące szczepionki choleryczne zapobiegawcze;

Metoda Jerzego Brunnera. Brunner wychodzi z założenia, że ideałem szczepień ochronnych jest

własności nukleoproteidu. Do szczepień najlepiej nadaje się 1% roztwór suchego proszku w 1% roztworze sody. Dla mor. świnek 10–15 mg. nukleoproteidu na 100 grm. wagi ciała jest dawką krańcową; przekroczenie tej dawki wywołuje u zwierząt zatrucie. Przy mniejszej dawce (1–5 mg. na 100 grm. zwierzęcia) odczyn jest słabszy, a zależność od dawki szybko ginie. Zwierzęta, które otrzymały pierwszą injekcję, stają się odporniejsze na większe dawki: cholera-nukleoproteid wytwarza odporność przeciw jedno i wielokrotnie śmiertelnym dawkom żywych wibrionów cholerycznych i nie tylko względem szczepu, z którego pochodzi preparat, ale i względem innych szczepów. Heller stwierdził po jednorazowym szczepieniu odporność po 7-u miesiącach, a po kilkakrotnem siła ochronna osobnika podnosi się stale na czas jeszcze dłuższy; dla człowieka do szczepień wystarcza 0.002 grm. proszku, rozpuszczonego w 1 ctm³, co odpowiada 1/10 hodowli agarowej Kolle'go.

Metoda Neisser-Shiga (metoda wolnych receptorów). Pierwotne badania Neissera i Shiga dotyczyły właściwie laseczników duru brzuszego i dyzenteryi. Ci badacze spostrzegli, że w wodnych emulsiach ogrzanych bakteryi—po odsączeniu tych ostatnich za pomocą filtru Reichela—można stwierdzić wolne receptory. W tym celu jednodniową hodowlę agarową przenosi się do 10 ctm³ jałowego fizyologicznego NaCl, ogrzewa się w ciągu godziny przy 60°, następnie dwa dni utrzymuje się w cieplarni przy 37° i przesącza przez filtr Reichela. Przesączony płyn posiada własność wiązania aglutynin i cechy immunizacyjne; ten przesącz nie posiada własności trujących; królik znosi wewnątrzżylnie 10 ctm³, poczem po drugim zas trzysięknięciu surowica daje miano 1:5000, a po trzecim 1:20000 (Mianem, czyli titrem dla bakteriologicznej surowicy, nazywana jest ta najmniejsza doza surowicy, wystarczająca, aby zniszczyć działanie i uszka płat. silnie działającej 18-godz hodowli prątków cholerycznych, tj takiej hodowli, której dosis letalis minima przy wprowadzeniu do otrzewny, wynosi 1/10 część uszka). U nas zaleca tę metodę Pruszyński.

E. Bertarelli zastosował metodę Neisser'a-Shiga do uodpornienia człowieka i królika przeciwko cholercze.

Metoda Bezredki. Bezredka badał doświadczalnie na zwierzętach nowy sposób szczepień ochronnych przeciwko dżumie, cholercze i durowi brzuszemu. Nowy sposób polegał na tem, że chcąc połączyć zalety czynnej i biernej immunizacji Bezredka miesza hodowle bakteryi z surowicą ochronną i przygotowuje, z tej miesz-

osiągnięcie antygeny, zupełnie pozbawionego własności trujących, i zbija istniejący w nauce aprioristyczny pogląd „ponieważ w większości przypadków objawy zakażenia spowodzić się dają do zatrucia jadem zarazków, przeto ów jad główną rolę w zakażeniu odgrywa, a antygen musi być w większym lub mniejszym stopniu trujący”. Brunner wątpi, czy antygenem winna być komórka cała: przeciwnie, należy dążyć do tego, aby wyosobnić z tej komórki jedynie

niny materiał do szczepienia. Jeżeli mieszać hodowle z odpowiednimi surowicami, to bakterie podlegają aglutynacji i opadają na dno. W lejku rozdzielającym wyjałowionym oddziela się górną warstwę od osadu bakterii, przemywa następnie jałowym fizyolog. NaCl i centrifuguje. Taki materiał szczepienny, składający się z aglutynowanych ciał bakterii razem z surowicą i dodatkiem fenolu, podlega ogrzewaniu w ciągu godziny do 60°. Po powtórnym wprowadzeniu wywołuje się szybką odporność w ciągu 24—48 godzin, a nieznaną reakcją po 3 godz.

Metoda Gosio dotychczas właściwie zastosowana tylko do wyrobu wadcyn dzumowych. Jakkolwiek w grę przy tej metodzie jak i u Kolle'go wchodzą zabite bakterie, Gosio zasadniczo zmienił technikę wyrobu szczepionek. Wychodzi z tego założenia, że dodatek 0,5 fenolu nie daje gwarancji co do jałowości danej wadcyny, jak to niedawno miało miejsce w Indyach, gdzie przez wadcynę zaszczerpiono człowiekowi tężec: niema pewności, ponieważ obecność zabitych ciał bakteryjnych, tworzących wadcynę, służy dobrem podłożem dla obcych bakterii; dalej, sprawdzanie jałowości małej cząstki wadcyny nie świadczy o jałowości całej masy jej, a skutkiem wysokiej ciepłoty nieliczne pozostałe przy życiu bakterie bywają albo zahamowane w swym rozwoju, albo zamaskowane przez skupienia zabitych bakterii; dlatego też Gosio radzi dodawać kalium tellurosom w dużym rozcieńczeniu, które w obecności żywych bakterii rozkłada się i wypada w postaci czarnego osadu. Zastosował kalium tellur. do wadcyn cholerycznych R. Gloger (w mojej pracowni), który wyjaśnił zasadę tworzenia się czarnego osadu, zbadał warunki, przy jakich może się tworzyć i zastosował kalium tell. do różnych badań lekarskich i higienicznych. Prócz kalium tellurosom, metoda Gosio polega na tem, że zamiast wązkiej matras, używa się naczyń o b. szerokim dnie, oraz ściślej dawkuje ilość bakterii, tak aby jednostka objętości zawsze zawierała jednakową ilość bakterii. Odważanie ostatnich do danego celu pierwszy stosował w 1902 r. Cruz; wagę bakterii oblicza się, odejmując od wagi całej masy wagę przesączu. Wogóle więc Gosio używa następującej metody: hoduje zjadliwe, swoiste bakterie w cienkich warstwach bulionu, osadza młode masy bakteryjne za pomocą surowicy o silnych własnościach aglutynacyjnych, odrzuca górną warstwę płynu, wyjaławia przy 65° C., filtruje wadcynę, dozuje ją na wagę, dodaje 1:200.000 kalium tell. i odrzuca wszelkie środki antyseptyczne, ograniczając się tylko do ściślej aseptyki.

pierwiastek uodporniający, ochronnie szczepny; przytem powinno być wystarczającym jednorazowe zastrzykiwanie antygenu. Do wydzielenia tego pierwiastku uodporniającego B. użył siarczan sodu, który nie denaturuje białka, daje możliwość dokładnego funkcyonowania i przy 0° rozpuszcza się za ledwie około 5%, co pozwala na wydzielanie drogą krystalizacji z mocnych rozczywnów.

Dla otrzymania antygenu miesza się żywe, zdjęte z podłoża zarazki z 20% rozczywnem siarczanu sodowego i mieszanekę wstawia się do cieplarki przy 24—27°C. Po kilku lub kilkunastu godzinach w płynie pojawia się obfity kłaczkowaty osad, który z łatwością może być odwirowany od przezroczystej, zlekka żółtawej cieczy. Ta ostatnia posiada własności uodporniające dwa razy słabsze, niż antygen przyrządzony z suchej szczepionki przez rozcieranie masy bakteryjnej z podwójną na wagę ilością suchego siarczanu sodu i wysuszenie in vacuo nad kwasem siarczanym: produkt taki zawiera 84% suchego siarczanu sodu i 16% suchej substancji przecinkowców cholery. Z wyciągu przyrządzonego w pierwszy sposób uodporniającą dawką dla królika jest 0,005, a dla świnki 0,001 wilgotnej substancji. Przesącz po kilkugodzinnem trzymaniu mieszaniny w cieplarce, uwolniony od nadmiaru soli przez krystalizację, może być użyty do uodporniania i przechowywany z mentolem przez czas dłuższy w chłodzie. Użyte do uodpornienia dawki wyciągu nie posiadają własności trujących, w przeciwstawieniu do trującej nierozpuszczalnej części w siarczanie sodu.

Dotychczas badania Brunnera odnoszą się do antygeny cholerycznego i były wykonane na zwierzętach. Zdaniem autora, antygen choleryczny stanowi około $\frac{1}{4}$ części zawartości komórki bakteryjnej i jest ciałem rozpuszczalnym w 20% rozczywnie siarczanu sodowego, pozostała zaś część komórki nie odgrywa roli uodporniającej; antygen ten znosi ogrzewanie przy 84°, słabnie po gotowaniu, w suchym stanie znosi ogrzewanie do 105°, nie przechodzi przez filtry glinkowe, w znacznej części rozpuszcza się w wyskoku 80—81°, jest prawie zupełnie pozbawiony własności trujących, a część antygeny rozpuszczalna w alkoholu jest zupełnie nietrującą; po jednorazowym zastrzyknięciu stwarza wysoką odporność swoistą.

Brunner poparł swoją poważną pod względem naukowym teorię doświadczeniami na 162 świnkach i królikach.

W praktyce lekarskiej, zwłaszcza weterynaryjnej nastąpił w ostatnich czasach zwrot od wakcynoterapii do sero-wakcynacji czyli uodpornienia czynno-biernego w celach zapobiegawczych. Zwrot ten niezawodnie znajdzie zastosowanie i do uodporniania ludzi, a pierwsze kroki w tym kierunku zrobił Bezredka (p. wyżej). Dla przykładu przytaczam w krótkości zasady sero-wakcynacji czyli metody *simultan* przeciw cholerze, pasterellozie, róży świń, karbunkułowi i ospie u zwierząt.

Sero-wakcynoterapia, uodpornienie zespolone surowiczo-szczepienne czyli metoda „*Simultan*” przy cholerze nierogaczyny polega na równoczesnym podskórnym wszczępieniu zwierzętom z jednej strony 1—2,0 ctm sz krwi zjadliwej z bac. *suipestifer*, a z drugiej 10—15 surowicy leczniczej; szczepi się zdrowym zwierzętom. Metoda b. rozpowszechniona w Ameryce (Melvin), w ostatnich czasach i na Węgrzech (Hutyra i Kovcs) otrzymano wyniki pomyślne: pomimo 7—8 miesięcz. przebywania z choremi zwierzętami szczepione pozostały zdrowe (zaszcz. 10 tysięcy sztuk!)

Przy pasterellozie nierogaczyny (bac. *suisepcticus*) również zastosowano metodę *simultan*, to jest szczepienie surowicy wieloważnej ochronnej i równocześnie ekstraktów bakteryjnych. Ekstrakty te (sztuczne agresyny) przygotowują się przez wykonanie zawiesiny bac. *suisepcticus* w surowicy normalnej króliczej lub w wodzie destylowanej, następnie wstrząsanie 1—2 dni, dodatek 0,5% karbolu, centryf. i ogrzewanie przez 3 godziny do 44°C. Ekstrakty do tego celu są wieloważne, t. j. przygotowane z całego szeregu szczepów bac. *suisepcticus* różnego pochodzenia, z każdego z osobna, później zmieszane. Własności ich uprzednio są sprawdzone na królikach. Szczepienie *simultan* przeprowadza się w praktyce w ten sposób, że szczepi się prosięta w 2-im lub 3-im dniu po urodzeniu podskórnym w jednym miejscu 4—5 ctm. sz. surowicy poliwalentnej, a w innym—2 ctm. sz. ekstraktu.

Przy róży świń, większe od wakcynacji Pasteur'owskiej, znalazła zastosowanie sero-wakcynoterapia metodą Lorenza. Przewaga tej metody: uodpornienie szybkie w ciągu pierwszego dnia po zaszczepieniu, brak objawów ubocznych, możność zastosowania do każdego wieku i rasy.

Metoda „*simultan*” *Sobernheim'a* zabezpiecza zwierzęta od węglików i polega na zaszczepieniu surowicy

przeciwkarbunkulowej w ilości 3 do 5 ctm. sz. i osłabionej szczepionki (wakcyny) 0,25—0,5, składającej się z osłab. laseczników i zarodników anthracis w gliceryno-fizyolog. NaCl. Zalety metody simultan w porównaniu do wakcynacji polegają na szybkim wystąpieniu odporności przeciw wąglikowi, oraz możności stosowania u zwierząt wyższych ras.

Przeciwno ospie zwierząt domowych znalazła, zwłaszcza we Francji, zastosowanie sero-wakcynacja lub sero-klawelizacja. Bezpośrednio przed zaszczepieniem miesza się I rurkę „virus” z 10 ctm. sz. surowicy ochronnej, dawka tej mieszaniny na jedną owcę wynosi 0,1 ctm. sz. Ze szczepionych zwierząt nie zapadło na ospę żadne, według sprawozdań Poenaru (1904 r.), Bridré, Conte (1910 rok).

Znana i stosowana jest metoda simultan przeciw księgosuszowi (Kolle-Turner) i innym chorobom.

Metoda simultan znalazła też zastosowanie do celów rozpoznawczych, zwłaszcza przy błonicy i tężcu. W pewnych wypadkach, zwłaszcza gdy chodzi o niezwykle umiejscowienie procesu błoniczego—wykonywuje się metodę simultan, prócz wszelkich innych rozpoznawczych metod (morfologicznych, hodowlanych i biologicznych). Za pomocą wyosobnionych czystych kultur ustala się dawkę śmiertelną dla świnek morskich, i jeżeli surowica lecznicza przeciwbłonicza zabezpiecza zwierzęta od notorycznie śmiertelnej dawki hodowli buljonowej, to dowodzi, że mamy do czynienia bezwątpienia z lasecznikami błonicy rzeczywistej; z drugiej strony surowica zwierząt uodpornionych skleja (aglutynuje) laseczniki błonicze, ale nie rzekomo-błonicze.

W przypadkach podejrzanych co do tężca, gdzie jednak nie można było wyosobnić bakterii swoistych, szczepi się myszy płynem mózgodzeniowym lub surowicą krwi (0,5 do 1 ctm. sz.), a niektórym z nich wprowadza się równocześnie 0,5 ctm. sz. toksyny tężcowej podskórnice.

*

*

*

Cholera i dur brzuszny stanowią typ tych chorób zakaźnych, które ustrój stara się zwalczać zapomocą niweczników bakteryobójczych. Po szczepieniu zwierząt hodowlami cholery lub duru brzuszego, osłabionymi przez ogrzewanie—wytwarzają się szybko w surowicy tych zwierząt niweczники swoiste, które zabójczo wpływają na same bakte-

rye (w przeciwstawieniu do błonicy lub tężca). Przecinkowce cholery, zaszczipione do jamy otrzewnej normalnych świnek morskich, rozmnażają się w ilościach olbrzymich, podczas zwierzęta giną pod ich wpływem, ale surowica krwi tych zwierząt zabezpieczać może inne od zakażenia cholera. Mechanizm tego objawu znalazł objaśnienie w znanym i opisanym wyżej objawie Pfeiffera. Surowica bakterjobójcza traci swoją siłę przez półgodzinne ogrzewanie do 55°C. czyli drogą inaktywacji, unieczynnienia. Jeżeli zaś do takiej unieczynnionej surowicy dodać świeżego wysięku z otrzewnej normalnych zwierząt lub świeżej surowicy krwi takowych, to nabiera ona ponownie swoich własności bakterjobójczych, następuje reaktywacja—jak udowodnił Bordet. Siła bakterjolyzy zależy więc od obecności dwóch substancji—jedna znajduje się w surowicy ochronnej i nie jest wrażliwą na ogrzewanie, druga zaś znajduje się w każdej surowicy normalnej i ginie przy ogrzewaniu; ta druga była obecna uprzednio w surowicy ochronnej, lecz została unieczynniona. Substancja swoista surowicy ochronnej oznacza się nazwą „amboceptor” lub „dwuchwytnik”, druga zaś, znajdująca się w każdej surowicy normalnej, nosi nazwę komplementu, dopełniacza (Ehrlich) lub aleksyny (Bordet).

Do wywołania litycznego działania w samym ustroju, wystarczy wprowadzić surowicę swoistą unieczynnioną, ponieważ druga z tych dwóch substancji znajduje się w każdym ustroju. W tem miejscu niezbędnym jest jednak pewien komentarz. Istnieje różnica poglądów, czy dopełniacz jest ciałem pojedynczym, czy w pewnej surowicy znajduje się tylko jeden, czy też cały szereg komplementów. Szkoła Ehrlicha uważa komplementy w liczbie mnogiej, Bordet zaś przyznaje tylko jeden. Jeżeli stać będziemy na punkcie widzenia Ehrlicha, to musimy dojść do wniosku, że każda surowica ochronna musi być uczynniona przez pewien specjalny komplement; i rzeczywiście istnieją opisy z których są wyprowadzone wnioski, że nie każdym dopełniaczem można uczynić wszelkie surowice ochronne. Ten fakt uważanym bywa za jedną z przyczyn, dlaczego nie zawsze wywierają pożądaną skutek surowice bakterjobójcze w zastosowaniu leczniczym. A druga przyczyna polega na nagromadzeniu endotoksyn, uwalnianych z ciał bakteryjnych w czasie bakterjolyzy, co może spowodować nawet exitus letalis—jak to stwierdził Pfeiffer w tych przypadkach,

kiedy bakteryi, a więc i endotoksyn znajduje się w krwio-
biegu nadmiar. Taż sama właśnie przyczyna stoi na przeszkodzie w zastosowaniu wakcynoterapii przy bakterjemiach ogólnych, jakoteż i w zastosowaniu surowic bakterjobójczych.

Endotoksyny w znaczeniu P f e i f f e r'a, czyli jady śród-
komórkowe, należy ściśle odróżniać od jadów rzeczywistych, jako produktów wydzielniczych (naprz. od jadów wydzielanych przez bakterye błonicze): pierwsze z nich różnią się od drugich nie tylko przez swoje pochodzenie, (t. j. uwalnianie z ciał bakteryjnych w chwili niszczenia takowych), ale i przez znaną właściwość, że nie mogą one produkować przeciwciał cz. antytoksyn.

Powyższe fakty znalazły—według spólczesnej hipotezy Wolff-E i s n e r'a—analogię w zjawisku nadwrażliwości czyli anaphylaxii: jeżeli zwierzęciu zaszczepimy obcą surowicę, to nie zauważymy żadnych objawów nawet po większych dawkach; jeżeli zaś po pewnym czasie wykonamy powtórne szczepienie nawet minimalnej dawki, to powstają nagle ciężkie, nieraz śmiertelne objawy chorobowe z powodu nadwrażliwości. Według Wolff-E i s n e r'a, podobnie do białka, zachowują się też ciała proteinowe pochodzenia bakteryjnego. Początkowo wytwarzając się pod wpływem bakteryolizyn nie powodują żadnych objawów, ale z chwilą kiedy uodpornionemu zwierzęciu sztucznie lub w okresie bakteremii zaszczepimy powtórnie pewną ilość bakteryi—podlegają one raptownemu rozpuszczeniu. Uwolniona proteina przenika do krwiobiegu i wywołuje ciężkie objawy u zwierzęcia nadwrażliwego pod wpływem pierwszego szczepienia. Że taką nadwrażliwość można wytworzyć pod wpływem bakteryi, stwierdzili w ostatnich czasach na drodze doświadczalnej K r a u s i D o r r, a co do tuberkuliny—to od czasu odkrycia K o c h a—nadwrażliwość osobników gruczołowych względem tuberkuliny była niejednokrotnie stwierdzoną (można temu zapobiedz i uodpornić człowieka przeciw nadwrażliwości przez systematyczne stosowanie tuberkuliny). Te uwagi mają znaczenie praktyczne i dlatego uważałem za niezbędne je podać, jako uzupełnienie danych w rozdz. I-ym.

*

*

*

Z powyższych danych łatwo można wyciągnąć wniosek, że właściwej różnicy między wakcynami leczniczymi a profilaktycznymi niema wcale: i tu i tam chodzi o wytworzenie odporności czynnej w możliwie najprędszym czasie, i dlatego nad wadcynoterapią ma przewagę uodpornienie zespolne surowiczo - szczepienne (sero-wadcynacja), że następuje ono znacznie szybciej i wybitniej. Sam Wright—jak wiadomo z poprzedniego rozdziału—stosuje niekiedy swoje wadcyny po operacyi do celów zapobiegawczych. Zabieg taki posiada zupełną racyę bytu—zwłaszcza, jeżeli chirurg po usunięciu ogniska zakaźnego niema absolutnej pewności, czy usunął radykalnie ognisko to w całości, czy nie; wadcynoterapia zaś, we właściwem czasie zastosowana, może unieszkodliwić pozostałe zarazki.

Niektórzy autorzy—jak Gray, Weinstein—radzą stosować wadcyny swoiste profilaktycznie przed zabiegiem operacyjnym w tych przypadkach, kiedy zachodzi obawa zakażenia pola operacyjnego pewnym rodzajem drobnoustrojów: tak naprz.—według Gray'a—na tydzień przed zamierzonym zabiegiem operacyjnym w jamie ustnej, pożytecznem jest zaszczenie 2 do 300 milionów gronkowców i 150—250 milionów paciorkowców. Przed operacyami na kiszkach i narządach moczopłciowych—gdzie najczęściej b. coli com. odgrywa rolę bodźców zakaźnych—daje dobre zapobiegawcze wyniki jednorazowe zaszczenie 200 milionów zabitych laseczników okrężnicy.

Inni znów autorzy radzą po zaszczeniu zapobiegawczem wadcyny przed operacją zwlekać z takową do tej pory, aż minie okres ujemny i nastąpi dodatni, czyli aż wzrosnie i. o.—w tem przypuszczeniu, że ustrój przy takich warunkach lepiej zniesie zabieg operacyjny (Harris, Todd, Western, Low i in.). Natomiast Collier odwrotnie radzi operować przy niskim wskaźniku przysposobnym, wychodząc z tego założenia, że operacja sama przez się działa, jako autoinokulacja, wznosząc odpowiednio i. o.

Identyczność zasady wadcyn zapobiegawczych i leczniczych najlepiej uwydatnia się przy omawianiu istoty szczepień przeciw ospie, wodowstrętowi i gruźlicy. Tu tylko wspomnę, że wadcynacja w okresie inkubacyjnym ospy jest to wadcynoterapia zapomocą osłabionych bodźców chorobowych i że również do tej samej kategorii należy czynne uodpornienie w okresie inkubacyjnym wodowstrętu.

(C. d. n.).

II.

STRESZCZENIA.

a) CHOROBY SKÓRNE.

Unguentum salubile. Podał Dr. Phil. A. Stephan.

Autor podaje, że osłonki (Salbengrundlage) dla maści powinny działać odkażająco, dawać się łatwo rozcierać, ulegać szybkiemu wchłonięciu, nie działać drażniąco, dawać się w wodzie rozpuszczać, lekko ze skóry ścierać, nie zanadto zatluszczać skórę, i nie okazywać wielkiego chłonięcia dla środków rozpuszczalnych. Wszystkie te własności posiadać ma Unguentum solubile, gdyż w wodzie jest rozpuszczalny, zawierając 20% gliceryny, działa odkażająco, gdyż ona wobec 50% wody nie działa drażniąco na skórę, daje się łatwo rozcierać i ulega szybkiemu wchłonięciu przez skórę, wodą daje się łatwo ścierać i skóry zanadto nie zatluszcza. Z własności tych podnosi autor szczególnie zdolność rozpuszczania się Unguentum solubile w wodzie i możliwość otrzymywania działających składników w stanie rozpuszczania z wyjątkiem tych, które w wodzie rozpuszczać się dają i działania w ten sposób w silniejszym stopniu antyseptycznie, albowiem według doświadczeń Kocha, Neissera, C Lieberta i Breslauera, środki antyseptyczne, zmieszane z innymi tłuszczami, lub olejkami tłustymi, tracą bardzo wiele na swej odkażającej własności. Własności tej przypisuje również autor w myśl zasady „Corpora non agunt nisi fluida” znacznie większą możliwość wchłaniania przez skórę tej maści, jak to doświadczalnie stwierdzonem zostało.

W końcu przytacza recepty najbardziej używanych środków w dermatologii zmieszanych z Unguentum solubile.

Dermatologisches Centralblatt Nr. 6. Berlin, marzec 1911.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

Badania nad mineralną przemianą materii przy Psoriasis. Podał dr. Th. Kaemeri.

Autor podaje, że w trzech przez niego obserwowanych przypadkach łuszczycy mógł stwierdzić przejściowe większe zatrzymanie magnezyi i obfitsze wydzielanie się siarki z organizmu. Gdzie i jakiej

przyczyny owej anomalii szukać należy, obecnie rozstrzygnąć nie można, albowiem nie posiadamy dotychczas analiz porównawczych, a potem teoretyczne zapatrywania o wydzielaniu się magnezji nie są dotychczas dostatecznie wyświetlone.

Monatshefte für praktische Dermatologie. C. III, Nr. 4.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

Badania nad działaniem przetworów drożdżowych w chorobach skórnych

Podał dr. D r e u w.

Autor podaje, że wprowadzony w lecznictwo Fermentin jestto wytworzony puder z drożdży, który do skóry dobrze przylega i daje się dobrze rozcierać na pastę i maście. Z rozmaitymi środkami jak: Amylum, Talkum, cukrem mlecznym, Zinkoxydem i t. d. daje się w każdym stosunku mieszać. Posiada własności redukujące i działa lekko antyseptycznie. Ostatnią tę własność można wzmocnić przez dodanie Salolu, kwasu salicylowego, Xeroformu i t. d. Działanie tego środka jest bardzo korzystne przy wypryskach suchych i sączących przy Akne, Folliculitis i Forunkulozie. Należy go stosować wewnątrz i zewnątrz.

Monatshefte für praktische Dermatologie C. II Nr. 7.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

Leczenie Naevus vasculosus śniegiem z kwasu węglowego.

Podaj Dr. D. F r i e d l a n d e r z San Francisco.

Po scharakteryzowaniu działania owej metody, leczniczej wywołującej zamrożenie skóry do znacznej głębokości, opisuje autor wszelkie odmiany tego cierpienia jakoteż zmiany tak makroskopowe jak i mikroskopowe, które pod wpływem stosowania śniegu na skórze powstają. Następstwem owych zmian jest nietylko powierzchowna nekroza skóry, ale i głębszych tkanek o zmniejszonej żywotności, jaką przedstawiają twory patologiczne, przyczem bakterye chorobotwórcze utracają wiele na swej odporności.

W porównaniu z innemi analogicznie działającemi metodami, jak leczeniem za pomocą płynnego powietrza, kwasu trójchlorowego, radium, kaustyki, elektrolizy, fulguracyi i leczenia chirurgicznego, oddaje autor pierwszeństwo owej metodzie ze względu na łatwość jej zastosowania, możność dokładnego odgraniczenia miejsca na skórze, powolniejszą reakcyę, małą bolesność i znacznie lepsze wyniki kosmetyczne.

Następnie opisuje autor używane do tego celu przyrządy, jak niemniej metodę stosowania owego leczenia, przyczem nadmienia, że śnieg ów należy stosować pod pewnym uciskiem zawisłym od zamierzonej głębokości działania, jak niemniej dla osiągnięcia szybszego wyniku zastosować na dotyczące miejsca promienie, fulguracyę lub radium w celu wywołania lekkiej poprzedzającej reakcyi. Długość trwania jednego posiedzenia oznacza autor na 10—30 sekund, w przypadkach zaś, gdzie nie chodzi o wyniki kosmetyczne i może powstać blizna, do jednej minuty.

Po opisanii przyrządów, które wrażliwość skóry podwyższają, jak i przeciwwskazań do owej metody leczenia, do których należy Alkoholizm, diabetes i miażdżycę tętnic, podaje autor wyniki swego le-

czenia, jak i innych badaczy, które są tem korzystniejsze, o ile naczynia leżą powierzchowniej, lecz i w innych przypadkach, gdzie do-
szczętne zniszczenie zmiany chorobowej było niemożliwym, uzyskać
mógł gładką powierzchną bliznę, bardzo mało odróżniającą się od
otaczającej skóry. W razie potrzeby posiedzenie musiał powtarzać,
a zebrane wyniki tak własne, jak i innych badaczy, określa na 87%
przypadków wyleczonych przy Naevus, a 62½% przy Angioma ca-
vernolum.

Dermatologisches Centralblatt Nr. 3, Berlin Grudzień 1911.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

**O nowym sposobie stosowania Amidoasotolu, działającym składniku
w szkarłatno-czerwonej maści.** Podał Dr. P. Michaelis.

Autor podaje, że wszelkie niedogodności w stosowaniu owego
przetworu w postaci maści dadzą się usunąć w stosowaniu owego
środka w postaci proszku w 10% koncentracji z 20% Zinkperhydro-
lem i 70% Bismutem.

Medizinische Klinik Nr. 4. Wiedeń styczeń 1911.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

O Idiosynkrazji przy rłęci. Podał Dr. Edward Arning.

Autor opisuje zmiany, jakie wystąpiły na skórze u jednego ro-
botnika po zastosowaniu przy tatuowaniu zynobrem. Zmiany te pole-
gały na wystąpieniu zapalenia skóry i następowem wytworzeniu się
zrogowaciałych tworów brodawkowatych. Inne miejsca skóry, ta-
tuowane węglem pozostały bez zmiany. U osobnika tego nadczułość
skóry na przetwory rłęciowe wykazano jeszcze wywołaniem są-
czącego zapalenia skóry po przyłożeniu plastra rłęciowego.

Deutsche Medizinische Wochenschrift 1911 Nr. 36.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

Przypadek Keratoma palmare i vitiligo. Podał Dr. W. Fried-
länder.

Autor opisuje przypadek Keratodermii na dłoniach, podesz-
wach i piętach o czerwonej obwódce, która służy do rozpozna-
nia różniczkowego. Przypadek ten jest jak zwyczajnie nie dziedzicz-
nym tylko nabytym, istnieje od 11-u lat i przyczyna dla niego nie da
się zaznaczyć. System nerwowy jest przytem wolny od zaburzeń
ruchowych i czuciowych. Opisany tuż przypadek Vitiligo u 14-letniej
dziewczyny trwa 11 lat, zajmuje znaczną część ciała i wystąpił bez-
pośrednio po przebytej odrze. Chora badana od dwóch lat trzy-
krotnie na reakcję Wassermanna dawała zawsze dodatni wynik,
a z wywiadów okazuje się, że ojciec jej cierpi na kiłę, podczas gdy
matka jest wolną od kiły i na reakcję Wassermanna daje wynik
ujemny. Autor utrzymuje, że dodatni wynik reakcji Wasserman-
na u chorej świadczy, że vitiligo powstało u niej wskutek dzie-
dzicznego kiłowego zajęcia skóry.

Medizinische Klinik Nr. 36, Wiedeń, wrzesień 1911.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

b) SYFILIS.

Chroniczne leczenie kiły Salvarsanem. Podał Dr. K r o m a y e r.

Autor podaje, że tego rodzaju leczenie, przy którym stosuje się salvarsan w małych dawkach śródżylnie, przeciętnie 3,6 gr. salvarsanu dla całej kuracji, działa bardzo korzystnie, a nawet z lepszym wynikiem, jak leczenie rtęciowe. Dawki te bywają bardzo dobrze przez chorych znoszone, nie wywołują żadnych ubocznych objawów i leczenie odbywać się może ambulatoryjnie. Dawki mniejsze nie chronią przed recydywami. Następnie zaznacza autor, że ze względu, iż wiele lat jeszcze potrzeba, aby osądzić, czy leczenie to działa korzystnie również i na daleką metę, radzi aby obok Salvarsanu poddawali się chorzy i równoczesnemu leczeniu rtęciowemu, gdyż sądząc już po jednym roku z obecnych wyników leczenia samym Salvarsanem, można nabyć pewności, że przy tej metodzie będzie można uzyskać najszybsze i najlepsze wyniki wyleczenia kiły.

Deutsche medizinische Wochenschrift 1911, Nr. 34.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

Dodatek do leczenia salwarsanem. Podał Dr. B r ö l e m a n w Bielefeld.

Autor opisuje przypadek Panophtalmitis, które wystąpiło u jednego chorego po wstrzyknięciu salwarsanu w dawce 0,60 z powodu syphilidu guzkowo pełzającego w formie trzeciorzędnej nad lewym okiem i osłepnięcia lewego oka wskutek zmian kiłowych na siatkówce. Powodem Panophtalmitis była embolia tętnicy ocznej. Choroba zakończyła się wyleczeniem, a autor zastanawia się, czy wobec zmian kiłowych w samym oku i okolicy tegoż należy wstrzyknięcie salwarsanu uważać za przyczynę powstania embolji w tym samym organie i zapytuje, czy i inni badacze podobnych komplikacji po Salwarsanie nie spostrzegli.

Dermatologisches Centralblatt Nr. 6. Berlin, marzec 1911.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

Dodatek do leczenia trzeciorzędnej kiły Salwarsanem. Podali Dr. J. F a b r y i Dr. E. K r e t z m e r.

Autorowie przytaczają krótkie historie chorób tak poprzednio ogłoszonych jak i obecnie zestawionych przypadków trzeciorzędnej kiły, leczonych Salwarsanem, które o wiele szybciej, niż przy zastosowaniu jodu i rtęci zostały wyleczone. U niektórych z nich badania kliniczne i serodyagnostyczne świadczą o zupełnym wyleczeniu z kiły tak, że autorowie bardzo zachęcają do leczenia salwarsanem każdego przypadku trzeciorzędnej kiły. Według zapatrywania autorów recydywy w zakresie systemu nerwowego w przebiegu trzeciorzędnej kiły należy się obawiać, albowiem w podobnych przypadkach spirochaet jest bardzo mało, podobnie jak w przypadkach świeżej kiły, jeśli takowe będą leczone rtęcią i salwarsanem. We wszystkich przypadkach stan ogólny poprawił się znacznie, ale reakcja Wassermana pozostała w przeważnej części przypadków dodatnią.

Medizinische Klinik Nr. 37. Wiedeń, wrzesień 1911.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

c) UROLOGIA.

O metodzie Janeta przepłukiwań cewki moczowej z podaniem nowej kaniuli do skuteczniejszego działania tej metody. Podał dr. L. D u f a u x.

W tym celu skonstruował autor nową kaniulę, która umożliwia zapomocą jednej ręki ilość, ciśnienie i szybkość spływania cieczy według potrzeby pozwala regulować bez zmiany położenia wysokości rezerwuaru i wyjmowania kaniuli. Przyrząd ten daje się łatwo rozłożyć i dezynfekować.

Medizinische Klinik Nr. 42. Wiedeń październik 1910.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

Leczenie Prostatitis et arthrltis gonorrhoeica zapomocą wakcyny. Podał dr. J. S e l e i.

Autor podaje, że po zastosowaniu owego leczenia w połączeniu z cytotoksyczną metoda, której opis podaje, obserwował dobre wyniki w owych cierpieniach. Jeśli zaś do wakcyny gonokokowej dodawał jeszcze prostatotoksyne, otrzymywał korzystne wyniki o wiele prędzej, tylko że przetwory owe wywołują tak miejscową, jak i ogólną reakcyę. Sama wakcyna gonokokowa daje również korzystne wyniki. W końcu nadmienia, że przy zajęciu dróg moczowych leczenie wakcyną jest niewystarczającym.

Medizinische Klinik Nr. 36. Wiedeń, wrzesień 1911.

Turzański (Jarosław-Iwonicz).

Wiadomości Osobiste.

Kol. Stanisław Serkowski, stały współpracownik naszego „Przeglądu“, został wybrany honorowym członkiem Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego.

Wiadomości bieżące.

Redakcja „Przeglądu chor. skórnych i wenerycznych“ ogłasza niniejszym konkurs im. Wojciecha Oczko na najlepszą pracę, wydrukowaną w „Przeglądzie“ lub w rękopisie złożoną w redakcyi w r. 1910 i 1911 do 1 czerwca 1912 r. Nagroda wyniesie 250 rb. Lista sędziów konkursowych będzie ogłoszona w „Przeglądzie“ w drugiej połowie 1911 roku.

Redaktor i wydawca: F. Malinowski.

Druk K. Kowalewskiego, Piękna 15.

Hemogen Magistri Klave

Związek chemiczny,
zawierający
żelazo i mangan;

energiczny środek odtwarzający krew, silnie pobudzający apetyt, łatwy w stosowaniu, o przyjemnym smaku; nie psujący się, nie wywołujący zaparcia, nie działający na zęby; zalecany przy wszelkich stanach osłabienia u dzieci i dorosłych;

Próbki
i literatura są
na usługi
P.P. Lekarzy.

POLECA
LABORATORIUM CHEMICZNE
PRZY APTECE

MAGISTRA H. KLAWE,

10, PL. ŚW. ALEKSANDRA, WARSZAWA.

TEL. 25-08 i 24-94.



APTEKA

E. GESSNERA

w Warszawie, Jerozolimska 27.

POLECA:

Tubuae graduatae à 30,0

Ung. hydrarg. cin. depur. c. Mitino pti 33%
" " " " " Resorbino " 33% et 50%
" " " " " adipo ph. " 33% " 50%
" Sapo Rusci liquid. D-r. prof. Lassari á 120,0

Solut. sterilisat. in ampulis à 1 C. C.

Atoxyli Gallici 0,05 — 0,10 (et 0,20 in 2 C. C.)

Hydrarg. arseniat.-salicyl. (loco Enesol) 0,03 (et 0,06 in 2 C. C.)

" benzoic 0,02 c. Na Cl

" bichlor. corr. 0,02 c. Cocain. 0,01

" cyanat. c. Cocain aa 0,01

" salicylic. 0,01 — 0,02

" sozodolic. 0,01

Hermophenyli 0,20

Thiosinaminaethyljodat (loco Tiodin) 0,20

i wiele innych objętych specjalnym cennikiem.

Również przyrządza wszelkie kompozycje sterylizowanych iniekcji
w ilości nie mniejszej 1 tuzina ampułek.

Do tuzina iniekcji dołącza się specjalny pilniczek.

Warszawskie Towarzystwo Akcyjne

„Motor”

Marszałkowska Nr. 23.

Oddział Farmaceutyczny

TELEFON 1809.

poleca:

Plastry smarowane, zwyczajne i kauczukowe.

Przetwory chemiczne i farmaceutyczne.

Barwniki do badań mikroskopowych.

Kataplazmy na sposób Hamiltona.

Kąpiele z kwasu węglowego.

Czyste odczynniki chemiczne.

Tlen zgęszczony.

Nowe środki lecznicze.

Oddział Wód Mineralnych

TELEFON 491.

poleca:

Wody mineralne sztuczne.

Sole do kąpiei mineralnych, kąpiele wydają się w Łazienkach

Akcyjnych na Zjeździe.

Wody Normalne Lecznicze prof. d-ra Jaworskiego.

Udoskonalone

SYNAPIZMA

(gorezyczniki)

STRZELECKIEGO

nie ustępują najlepszym wyrobom zagranicznym.

Szeroki zbyt za granicą.

PRZEGLĄD CHOROÓB SKÓRNYCH i WENERYCZNYCH

REDAKTOR I WYDAWCA: Dr. FELIKS MALINOWSKI

MAZOWIECKA 4 m. 6.

TELEFON 74 04

Następny zeszyt № 1, 2 i 3 wyjdzie w Kwietniu.



Gometol Magistra Klawe

kapsułki żelatynowe GOMETOL A zawiera: Ol. Santal, Salol, Metylen-bian. GOMETOL B: Ol. Santal, Urotropine, Salol. Stosują się 3-4 razy dziennie po dwie kapsułki przy Gonorrhoea, Cystitis, Pyelitis i t. p.

LABORATORYUM APTEKI MAGISTRA H. KLAWE 10, Plac Św. Aleksandra, Warszawa.

Nagrodzone na wystawach
złotymi medalami i dyplomami uznania

**Mydła przetłuszczone
hygieniczne i lecznicze**

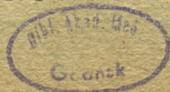
z zastosowaniem
najnowszych wskazań
nauki (jak Albuminowe,
Anthrasolowe i t. p.)

oraz środki higieniczno-kosmetyczne

wyrabia APTEKA

M. MALINOWSKIEGO

NOWY-SWIAT Nr. 35, w WARSZAWIE



Prenumerata rocznie w Warszawie 6 rb. — poza Warszawą 7 rb.

LABORATORIUM ANALITYCZNE

D-ra St. Serkowskiego

do celów djagnostyki lekarskiej wykonywa:

Analizy szczegółowe moczu i oznaczenie w procentach lekarstw — jodu, rtęci w moczu, **analizy** krwi ogólne i bakterjologiczne, **analizy** włosów i łusek na obecność grzybków pasorzytnicznych, poszukiwanie krętków białych w sprawach miejscowych.

Reakcja Wassermanna (z antygenem swoistym) w płynie mózgowym lub surowicy krwi tabetyków, paralityków, chorych w różnych okresach syfilisu i wogóle podejrzanych o syfilis. **Analizy** ścisłe bakterjologiczne nitek śluzowych, moczu i wydzieliny gruczołu krokowego. **Przygotowanie wacekyn** mono i poliwalentnych do wacekynoterapii.

MEDYCYNA i KRONIKA LEKARSKA

Czasopismo tygodniowe dla Lekarzy Praktyków

wychodzi w Warszawie co Sobotę w zwiększonym formacie i obejmuje. 1) Artykuły oryginalne ze wszystkich działów wiedzy lekarskiej. 2) Spostrzeżenie z klinik i szpitali. 3) Kazuistykę lekarską. 4) Najważniejsze wiadomości z dziedziny higieny współczesnej. 5) Streszczenia, przekłady lub wyciągi pism zagranicznych. 6) sprawozdania z kongresów naukowych. 7) Krytykę i bibliografię. 8) Kwestye zawodowe. 9) Drobniejsze wiadomości. 10) Nekrologie. 11) Wiadomości bieżące krajowe i zagraniczne. 12) Wzmianki o dziełach nadsyłanych do redakcyi. 13) Odpowiedzi od redakcyi. 14) Ogłoszenia i t. d.

Cena w Warszawie: rocznie rb. 7 półrocznie rb. 3.50.

Na prowincyi i zagranicą. rocznie rb. 8, półrocznie rb. 4.

Wydawca: Dr. L. Guranowski, Redaktorzy: Dr. Stan. Orłowski i Dr. Józef Zawadzki



I. PRACE ORYGINALNE.

Przypadek dziedzicznego syfilisu w drugim pokoleniu ¹⁾.

Podał Dr **E. Sonenberg** (Łódź).

(Rzecz, wypowiedziana w Tow. Lekarskiem Łódzkim)

Dzieje przypadku, który mam zamiar tu omówić są następujące:

Przed 17 mniej więcej laty byłem wezwany do 14-letniego dziewczęcia z przyczyny obrzęku i bolesności połowy dolnej szczęki. Przy bliższem zbadaniu stwierdziłem, że powodem wzmiankowanego cierpienia było zapalenie okostnej. Zastosowałem odpowiednie środki miejscowe, lecz skutek ich był niewidoczny, dopiero — a pamiętam to dobrze — po zastosowaniu jodu do wewnątrz, obrzęk i bolesność szybko znikły.

W kilka lat później przybył do mnie ojciec wzmiankowanego wyżej dziewczęcia. Miał on wówczas lat około 50. Szukał u mnie porady lekarskiej, od pewnego bowiem czasu zauważył był na podniebieniu pewną nierówność, która mu przeszkadzała podczas jedzenia, a nawet wówczas, gdy mówił. Stwierdziłem u pacyenta oddzielającą się część kości

¹⁾ Używam tu terminologii „Syfilis dziedziczny w drugim pokoleniu“ zgodnie z większością autorów, którzy, gdy chodzi o zjawiska dziedziczenia, nie zaliczają dziadków do *punctum a quo*, co sprawia, że wnuki, dziedziczące po rodzicach cierpienie, są zaliczane do drugiego pokolenia.

twardego podniebienia. Skierowałem pacyenta do kol. Przedborskiego. Zarówno ja, jak i kol. P., uważaliśmy omawiane uszkodzenie za przymiotowe. Kiedy się pacjent zaraził — odpowiedzieć nie był w stanie, nic bowiem przedtem o chorobie swej nie wiedział, a zatem żadnego swoistego leczenia nie przechodził. Ożeniony był od lat 16—18. Żona jego kilka razy roniła. W domu uważano ją za osobę nerwową: usposobienia bowiem była bardzo nierównego — cierpiała przytem na bezsenność, ból głowy i t. d. Z porady lekarzy jeździła kilkakrotnie do rozmaitych zakładów hydropatycznych, lecz bez widocznego polepszenia. Gdy stan jej po kilku latach znacznie się pogorszył, i gdy zaczęła zdradzać objawy obłądu — wyjechano z nią zagranicę do Kraft-Ebinga. Było to w roku 1897. Ponieważ ja byłem wówczas we Wiedniu, proszono mnie, abym był obecny przy badaniu chorej. Kraft-Ebing rozpoznał u pacjentki paraliż postępowy. Naówczas związek między paraliżem postępowym a przymiotem nie był jeszcze tak ustalony, jak obecnie. Kiedym Kraft-Ebingowi zakomunikował spostrzeżone przeze mnie objawy przymiotu u męża pacjentki — Kraft-Ebing zauważył, że 75% do 80% przypadków paraliżu postępowego są — jego zdaniem — pochodzenia przymiotowego. Chora po dwóch latach zmarła. Zarówno u męża zmarłej, jak i u reszty dzieci, innych objawów przymiotu nie zauważyłem. Córka zmarłej, o której wspomniałem już, a która miała zapalenie okostnej szczęki, wyszła w 20 roku życia za mąż za człowieka zdrowego, który przymiotu nie przechodził i u którego nigdy żadnych śladów przebytego syfilisu nie spostrzegalem. Po wyjściu za mąż kilka razy roniła, poczem rodziła dzieci, jak się przynajmniej zdawało, zdrowe. Dzieci te niejednokrotnie widziałem, zwracano się bowiem do maie z nimi z okazji najrozmaitszych cierpień skórnych.

W końcu roku ubiegłego przybyła do mnie matka z najstarszym synkiem, mającym lat około 11, i zwróciła moją uwagę na nóżki dziecka. U dziecka stwierdziłem zapalenie okostnej przednich powierzchni kości goleniowych z hyperplazją: kości były znacznie grubsze i wrzecionowato wzdęte — przy ucisku dzieciak odczuwał ból.

Również uwagę moją zwróciło zapalenie śródmiąższowe rogówek u chłopca, oraz charakterystyczne zmiany w zębach siecznych.

Dokonana przezemnie próba Wassermanna dała wynik dodatni.

Po zastosowaniu odpowiedniej kuracji stan chorego dziecka zaczął się szybko poprawiać.

Matka, zdjeta niepokojem, pragnęła przekonać się o stanie zdrowia pozostałych dwojga dzieci. Pomimo, że żadnych u nich objawów *quo ad luum* przy badaniu zwykłym nie znalazłem, zrobiłem badanie krwi u obojga i u obojga otrzymałem wynik dodatni. Wynik ten został również potwierdzony w prywatnej pracowni tutejszej.

Badalem również krew ojca dziecka, lecz otrzymałem wynik ujemny.

* * *

Do chwili, kiedy do mnie przybyła matka z synem, dzieje tej rodziny nie przedstawiały nic nadzwyczajnego. Dopiero stwierdzenie syfilisu dziedzicznego u jej dzieci nadało całej sprawie wagę, a spostrzeganym przezemnie zjawiskom znaczenie i wskazywało, że przybywa tu szczegół, który pozostaje w związku ze szczegółami, podpatrzonymi dawniej przeze mnie, i że szczegół ten, włączony do poprzednich, składa się na całokształt faktów, niby jeden długi łańcuch cierpienia, którego ogniwa są mocno ze sobą spojone. Zestawiając wszystko z faktami dawniejszymi, musiałem zauważyć, że to, co w odnośnym materiale w ciągu lat miało pozór faktów luźnych, było wiązką szczegółów, stojących na uboczu, obecnie, przy rozważaniu całego biegu zdarzeń, dawało się doskonale powiązać. Wzmiankowane wyżej cierpienia matki, poprzedzone chorobą jej rodziców, zaznaczone znamionami, które dawniej były zaledwie podstawą domysłów, obecnie uzupełniają się wzajemnie i stają się zrozumiałymi. A więc owe zapalenie okostnej, spostrzegane przezemnie u matki kilka lat przed jej zamążpójściem, było najprawdopodobniej na tle dziedzicznego syfilisu... Zwolna, a zauważyłem inny szczegół, którego dawniej nie spostrzegłem: oto zęby matki, a mianowicie środkowe górne siekacze, miały wyraźne cechy zębów *hutchinsonowskich*. Wdrożyło się jeszcze w moją pamięć i to, że słuch od dzieciństwa był upośledzony. Dalej, zauważyłem u niej blizny, których umiejscowienie i konfiguracja były tak wymowne, że już one, wzięte oddzielnie, mogły zaważyć przy retrospektywnym rozważaniu przypadku.

Oto wszystko, co Szanownym Panom zakomunikować pragnąłem.

W tym zawiłym rejestrze faktów są daty, tłumaczące szczegóły i pozwalające nam zrozumieć i powiązać wszystko, są wreszcie sprawdziany. Przejawy te stanowią ciągłość choroby, toczącej trzy pokolenia, z których dwa przekazywały ją sobie w dziedzictwie, której początek odbywał się dawno, bo lat conajmniej 17 temu i jest nam znany, lecz którego niema jeszcze końca.

A więc kolejno przesuwają się przed naszymi oczyma dziadek i babka, dotknięci przymiotem, następnie matka, obarczona dziedzicznie tą chorobą, a wreszcie wnuki, które znów w spadku otrzymują od matki cierpienie..

U dziadków — przynajmniej u babki — przebieg choroby był złośliwy, u matki zarazek jak gdyby traci nieco ze swej siły aktualnej, u jednego wnuka znów rośnie w siłę, u reszty wnuków cierpienia, przynajmniej dotychczas, znajdują wyraz w jednym zaledwie objawie: w dodatnim wyniku próby Wassermann'a.

A teraz jeszcze słówko.

Jak należy się z punktu naukowego zapatrywać na sprawę dziedziczenia przymiotu w drugim pokoleniu?

Zauważę w tem miejscu, że mam na myśli dziedziczenie cierpienia w tem znaczeniu, że syfilis drugiego pokolenia stanowi powtórzenie choroby rodziców i dziadków, lecz nie mam na uwadze owego szeregu przejawów dystroficznych, zaliczanych do obrazu omawianego cierpienia i często notowanych u potomstwa syfilityków.

W sprawie tej niema jednomyślnego porozumienia. Są uczeni, którzy wątpią, aby przymiot mógł być przekazywany drugiemu pokoleniu (Max Joseph, Króweczyński); są autorowie, którzy nie wypowiadają się wyraźnie w tej sprawie (Hochsinger), większość jednak, jak Fournier, Atkinson, Boeck, Besnier, Barthélemy i inni, przyjmują tego rodzaju dziedziczenie syfilisu.

Według Fournier'a już *a priori* można przypuszczać dziedziczenie syfilisu w drugim pokoleniu, biorąc bowiem rzecz ze strony logicznej, nie znajdujemy żadnej zasady, któraby się istnieniu takiego zjawiska sprzeciwiała.

Jeżeli bowiem przymiot może wywierać swój wpływ dziedziczny przez długie lata, na przykład 15—20 lat, to dla czegożby dziewczę, obarczone syfilisem dziedzicznie, nie mogło, gdy zostaje matką, przekazać swej choroby swemu potomstwu? ¹⁾

¹⁾ Alfred Fournier: *L'hérédité syphilitique*. Paris. 1891 (p. 319).

Teoretycznie więc wszystko przemawia na korzyść istnienia zjawiska, o którym mowa. Inna rzecz, czy można istnienie tego zjawiska klinicznie wykazać i tak unaocnić, aby ono nie budziło żadnych wątpliwości. Otóż w tem sęk, że unaocnienie jest tu rzeczą nie łatwą. Najczęściej mamy przypadki, gdzie szczegóły, mające świadczyć o takim rozciągłym dziedziczeniu choroby, nie dają całości wykończonaj i zamkniętej, zawierają bowiem braki i te właśnie braki sprawiają, że wiarygodność faktu musi być kwestyonowana. Sam Fournier mówi, że jest w posiadaniu kilku spostrzeganych przez siebie faktów dziedziczenia przymiotu w drugim pokoleniu, co do których zarzut niekompletności dałby się zastosować. Przypadki, przytaczane przez Atkinsona i wielu innych, również zawierają luki, które osłabiają wiarygodność podawanego faktu i zniewalają przyjmować go z niedowierzaniem²⁾.

A więc, jeśli przypadek, w którym przypuszczamy dziedziczny przymiot w drugim pokoleniu, staje się przedmiotem dociekania naukowego, jeśli ma podpatrzonym przez nas faktom dawać świadectwo o prawdzie, musi on zadość czynić pewnym nieodzownym warunkom, pewnym zastrzeżeniom, których przestrzeganie może jedynie zapewnić wywodom naszym wiarygodność, w przeciwnym bowiem razie, podpatrzone szczegóły mogą conajwyżej być zaliczone do rzędu przypuszczeń mniej lub więcej uzasadnionych.

Jakież to są owe nieodzowne warunki i owe zastrzeżenia, które należy mieć na uwadze zawsze, gdy przypuszczamy przekazywanie choroby aż drugiemu pokoleniu?

Musi być rzeczą najzupełniej pewną, że syfilisem byli zarażeni dziadkowie, dziadek lub babka; również musi być rzeczą ustaloną, że albo ojciec albo matka byli tą chorobą obarczeni dziedzicznie; gdy obarczoną jest, na przykład, matka, ojciec powinien być zdrowym i odwrotnie, inaczej bowiem rzecz dawałaby się sprowadzić tylko do zjawiska dziedziczenia w pierwszym pokoleniu.

Od siebie zauważę, że jest również rzeczą ważną, aby szczegóły choroby w trzech pokoleniach spostrzegał jeden i ten sam lekarz, czyni to wprawdzie samo spostrzeganie omawianego zjawiska rzadszem, zyskuje natomiast wiarygodność zaznaczonego faktu, można bowiem podawane

²⁾ Fournier (l. c.) p. 320.

fakty opierać wyłącznie na tem, co się widziało własnymi oczyma, a nie powoływać się na dane, poczerpnięte z zeznań rodziców dziecka.

Z drugiej znów strony przypadki syfilisu, odziedziczonego w drugim pokoleniu, mogą nieraz ująć uwagi lekarza, jeżeli przypadek obserwuje lekarz, który nie miał sposobności obserwowania dziadków. Przypadek taki łatwo przyjąć za zwykły przypadek syfilisu, odziedziczonego po rodzicach, rzecz pospolitą, jakich ilość większa przesuwają się co-rocennie.

Czy przypadek, przytoczony przeze mnie, czyni zadość warunkom, które — jak wiedzieliśmy — są niezbędne?

Otóż dziadek i babka bezsprzecznie chorowali na syfilis, u matki, jakkolwiek cech choroby było niewiele, przynajmniej ja miałem sposobność wszystkiego kilka spostrzeżyć, przejawy były tego rodzaju, że mylić się co do ich właściwego znaczenia nie było można: cierpienie matki było cierpieniem, po jej rodzicach odziedziczonem. Również bez zastrzeżeń można uważać przymiot u wnuków za chorobę odziedziczoną.

Ze strony więc dziadków, matki i wnuków wątpliwości niema żadnych. Można by jedynie tylko zrobić zarzut pewnej niekompletności w danym przypadku — a mianowicie, gdy pomyślimy o ojcu. Czy można z całą pewnością odsunąć jego od udziału w przekazaniu będącego w mowie cierpienia swym dzieciom? Czy nie był on zarażony syfilisem przed ożenieniem się? Zauważę jednak, że znałem go kilka lat przed jego ożenieniem się: nigdy u niego objawów najmniejszych syfilisu nie spostrzegłem. Obecnie po bardzo skrupulatnem badaniu — również żadnych śladów cierpienia nie stwierdziłem. Badanie krwi — jak to już zauważyłem — również dało wynik ujemny.

Na podstawie więc powyższych wywiadów mam wszelkie dane uważać przytoczony przypadek za przypadek syfilisu, przekazanego najprawdopodobniej w dziedzictwie kolejno i dwukrotnie. Mówię „najprawdopodobniej“ ponieważ przypadek ten, jeśli nie zupełnie, to w znacznej mierze odpowiada stawianym przez naukę wymogom.

II.

O leczeniu syfilisu za pomocą salwarsanu

SPRAWOZDANIE III-cie.

Podał

Dr. Feliks Malinowski.

(Według odczytu w Warsz. Tow. Lekarsk.).

Przed rokiem przeszło zdawałem 2-ie z rzędu sprawozdanie o wynikach, otrzymanych przy leczeniu przymiotu za pomocą salwarsanu. Od tej pory przybyło mi bardzo wiele doświadczenia tak pod względem ilości przypadków, która to liczba przekracza już 2000, jak i pod względem czasu obserwacji, dobiegającego już do półtora roku. Dlatego też uważam za stosowne podać do wiadomości ogółu swe wyniki, tembardziej, że zdania co do skuteczności działania salwarsanu są bardzo rozbieżne.

O ile dawniej stosowałem salwarsan przeważnie śródmięśniowo, a zrzadka śródżylnie, o tyle teraz zastrzykuje głównie śródżylnie. Chociaż przy zastrzykiwaniach śródmięśniowych nie miałem ropni, otwierających się nazewnątrz, jednak czasami mniej lub więcej rozległe nacieki tkanki, niekiedy dość przewlekłe stany gorączkowe i silne bóle, a w jednym przypadku neuritis ischiadici z przebiegiem względnie dobrym,—wszystko to skłania mnie obecnie do zastrzykiwania salwarsanu śródmięśniowo tylko w wyjątkowych razach. Nadto ponieważ w miejscach zgorzelinowych wykazywano nawet po miesiącach arsenik w znacznej ilości, należy przypuszczać, iż salwarsan, będąc preparatem niestałym, może

wywołać szkodliwe dla ustroju następstwa. Mohr przypuszcza, iż rozkład salwarsanu w tkankach może wywołać zmiany w nerkach, a nawet Krzyształowicz wypowiada zdanie, iż neurorecydywy należy częściowo uważać jako rzeczywiste nawroty, częściowo zaś jako następstwa urazowe rozkładającego się w mięśniach arsenobenzolu, skutkiem czego bywają drażnione nerwy, w których następnie osiedlają się krętki.

Zastrzykując salwarsan śródżylnie, unikamy bólów, nacieków i zgorzeli, nie wytwarzamy sztucznego składu w mięśniach lub tkance podskórnej, dawkujemy dokładniej, działamy szybciej. Działanie środka po zastrzykiwaniach śródżylnych nie jest tak przemijające, jak przypuszczano dawniej, powstaje zapas arsenu głównie w wątrobie; następnie rozchodzi się powoli po ustroju, i w moczu, jak stwierdzają Bornstein, Heuser, Stumpke, Siegfried i inni, znajduje się po kilku tygodniach, a nawet miesiącach. Dawek do wstrzykiwań śródżylnych używam przeważnie 0,5—0,6; w chorobach serca i nerwowych — mniejszych. Niekiedy po 2-ch—3-ch dniach powtarzałem wlewanie, czyli że dawka wynosiła właściwie 1,2—1,0. Rozczyn salwarsanu przygotowuję w ten sposób, że do wyjąłowanego cylindra z korkiem szklanym wlewam mniej więcej 100,0 wyjąłowanego fizyologicznego roztworu soli kuchennej, podgrzanego do temperatury ciała, wsypuję dawkę salwarsanu rozpuszczam, silnie wstrząsając naczyniem, i dodaję 15% ług sodowy kroplami, aż do zupełnego rozpuszczenia się zmętnienia, powstałego przy pierwszych kroplach ługu. Można również wstrzykiwać roztwór kwaśny z dodaniem kilkunastu kropli $\frac{1}{10}$ N. NaOH, jak to zaleca D u h o t. Następnie dolewam fizyologicznego roztworu soli kuchennej w stosunku do 200,0—235,0 całkowitej ilości na 0,6 preparatu.

Obecnie do wlewań używam najczęściej przyrządu Hauptmanna. Składa się on z 2-ch połączonych rurką szklaną z korkiem cylindrów: jednego dla roztworu soli, drugiego dla roztworu salwarsanu. Manipulując korkiem szklanym z podwójnym otworem, możemy w każdej chwili dowolnie wpuszczać jeden lub drugi płyn do gumowego węża z rurką szklaną, poza którą przytwierdzamy igłę. Przed użyciem należy starannie przyrząd wyjąłować i uwolnić od powietrza. Wstrzykiwania robię głównie w żyły przegubu łokciowego, przytem chorzy pozostają zawsze podczas całego zabiegu w postawie leżącej. Po odkażeniu skóry w odpowiednim miejscu i po nałożeniu powyżej prze-

paski gumowej, wkłuwam w nabrzętką skutkiem tego żyłę igłę, połączoną z przyrządem. Jeśli żyła występuje niezbyt wyraźnie, i nie jestem pewien, że uda się odrazu wprowadzić igłę dobrze, to wkłuwam najpierw samą igłę, a gdy z nasadki jej pokazuje się krew, szybko łączę z nią rurkę gumową i zwalniam opaskę uciskającą. Gdy płyn fizjologiczny dobrze wchodzi i nie tworzy nacieku w miejscu ukłucia, wpuszczamy roztwór salwarsanu, a następnie przepłukujemy rurę i żyłę fizjologicznym roztworem. Jeśli igła jest odpowiednio wielka i ostra, to zabieg wprowadzenia jej do światła żyły nie przedstawia zazwyczaj trudności. W paru nieudatnych razach na taką olbrzymią ilość zabiegów przyczyną niepowodzenia była zawsze tępa igła. W miejscu zastrzykiwania, jeśli tylko wypadkowo podczas wlewania salwarsanu nie przebito żyły na wylot, nie było żadnych powikłań, a i w tym ostatnim razie, rzadko w następstwie powstałego podrażnienia tkanki pozostaje się stwardnienie, raz tylko jeden miałem małą nekrozę. Wlewanie trwa zależnie od wielkości igły i ilości płynu od 5—20 minut. Po wyjęciu igły smaruję miejsce ukłucia jodyną i zakładam opatrunek z gazy wyjałowionej. Cały zabieg jest niebolesny.

Ból w miejscu wkłucia igły podczas wlewania salwarsanu jest dowodem, że płyn dostaje się po za światło żyły, na co wskazuje również powstający naciek, należy wtedy igłę wyjąć, a płyn ile możliwości wycisnąć i poszukać innej żyły do wstrzykiwania. Również należy przerwać zabieg, gdy działalność serca staje się nienormalną. Zdarzyło mi się to dwa razy. W jednym przypadku u chorego bardzo anemicznego i nerwowego puls stał się częstym, słabo napiętym, twarz zbladła, a wargi i nos nieco posiniały, pot wystąpił na czoło. Po przerwaniu zabiegu i kilkunastominutowym odpoczynku chory przyszedł zupełnie do siebie. Tenże osobnik następnie po zastrzyknięciu dużej dawki śródmięśniowo zupełnie nie reagował na preparat. W drugim przypadku osobnik, który cierpiał na osłabienie mięśnia sercowego i często podczas chodzenia dla braku tchu musiał przystawać, pod koniec wlewania salwarsanu krzyknął nagle i usiadł, gdyż, jak nam następnie objaśnił, zabrakło mu tchu, a w danej chwili kolega, trzymający chorego za puls, nie doliczył się dwóch uderzeń serca. Osobnik ten, po zabiegu czuł się bardzo dobrze. Często chorzy, gdy po zastrzyknięciu wstają i przejdą się kilkanaście kroków, bledną i słabną. Nigdy tego nie

widziałem, gdy chory po zabiegu leżał kilka godzin bez ruchu, dlatego też i obecnie nie stosuję salwarsanu ambulatoryjnie. Niekiedy chorzy skarżą się po zabiegu na ucisk w skroniach, rzadziej na silny ból głowy, który trwa najwyżej kilka godzin i przechodzi bez śladu. W znacznej mniejszości przypadków w godzinę, dwie po wlewaniu chorzy odczuwali dreszcze, częściej lekkie, rzadziej silne. Przytem podnosiła się ciepłota ciała o 1° – $1\frac{1}{2}^{\circ}$. Wyjątkowo tylko w kilku przypadkach temperatura dochodziła do 39° i to prawie zawsze przy świeżych obfitych drugorzędnych postaciach. Ciepłota po paru, kilku godzinach opadała do normy.

Nieco częściej notowałem po wlewaniu salwarsanu nudności, czasem w połączeniu z wymiotami, biegunkę. Najczęściej chorzy mieli biegunkę: 2–4 wolne stolce bez bóleści w kilka godzin po wlewaniu. Wyjątkowo tylko skarżyli się chorzy zarazem na bóle brzucha. Rzadziej, niż biegunka, występowały nudności. Niekiedy dochodziło do wymiotów. Wszystko to miało przeważnie miejsce w godzinę, dwie po zastrzyknięciu i trwało zazwyczaj krótko. Zaznaczę jednak, że w ostatnich razach, gdy chorzy wogóle mniej boją się stosowania salwarsanu i mają zalecane przed i po zabiegu wstrzymywanie się od pokarmów, objawy żołądkowe zdarzają się znacznie rzadziej. W paru razach u silniej gorączkujących spostrzegłem zjawienie się opryszczek na wargach ust. Objaw ten szybko przeminał.

Do tej pory, o ile mi wiadomo, nie miałem nigdy tak zwanych neurorecydyw—nawrotów nerwowych.

Ponieważ niektórzy autorowie obserwowali po wlewaniu salwarsanu bardzo silny odczyn ze strony układu krwionośnego i dość szybko przemijający odczyn ze strony układu nerwowego (t. zw. neuroreakcye), pozwolę sobie o tem kilka słów powiedzieć.

Według doświadczeń Nikolai, Sieskinda, Gennericha i in. salwarsan obniża ciśnienie krwi niekiedy dość znacznie. Sieskind, opierając się na badaniach Hansa, Meyera i Gottlieba, czyni odpowiedzialnym za to arsenik, który w dawkach toksycznych wywołuje paraliż mięśni naczyń mesenteryalnych, skutkiem tego następuje ich przekrwienie, podczas gdy obwodowe naczynia mają krew dostarczaną w ilości niedostatecznej. Niebezpieczeństwo to nie zagraża zdrowemu układowi krwionośnemu, gdy arsenik stosujemy w znacznem rozcieńczeniu i w dawkach nietoksycznych. Jednakowoż

ze względów powyższych należy unikać stosowania salwarsanu u chorych z bardzo słabem ciśnieniem krwi.

Martius zebrał wiadomości o wszystkich przypadkach śmierci po stosowaniu salwarsanu do maja r. b. i po szczegółowym rozpatrzeniu ich dochodzi do następujących wniosków. Tylko 7 przypadków śmierci można odnieść na karb działania szkodliwego salwarsanu na serce. W 5-ciu przypadkach z tych 7-iu rozbiór pośmiertny zwłok wykazał: aortitis luetica, sclerosis arter. coronariarum, myocarditis, resp. myodegeneratio cordis. W jednym przypadku znaleziono hypoplasię serca i aorty, a w jednym ciężkie zmiany w najrozmaitszych narządach, które już same przez się śmierć tłomaczą. Na mocy tego Martius wyprowadza następujący wniosek, iż aortitis luetica, sclerosis ar. coronariarum, myocarditis, szczególnie, gdy następują współcześnie, dają absolutne przeciwwskazanie do stosowania salwarsanu.

Almkvist, Fischer i inni opisują śmiertelne przypadki skutkiem encephalitis haemorrhagica po zastosowaniu salwarsanu.

Westphal na mocy swego przypadku wyprowadza wniosek, że w tych razach, gdy mamy jakiegokolwiek podejrzenia co do syfilitycznego zajęcia górnego odcinka rdzenia pacierzowego należy być bardzo ostrożnym w stosowaniu salwarsanu, żeby nie wywołać zbyt silnego przekrwienia. (Odczyn Jarisch-Herxheimera). Szczególniej należy być ostrożnym, gdy schorzenie rozciąga się na nervi phrenici, vagi lub ich jądra (objawy bulbarne). Opisują również przypadki śmierci, powstałe jakoby na skutek zwyrodnienia tłuszczowego serca, wątroby i nerek pod działaniem arszeniku, lecz przypadki te nie są dostatecznie wyjaśnione, a nawet bardzo wątpliwe pod względem etyologii. Nie można jednak zaprzeczyć, żeby arszenik w pewnych razach nie oddziaływał ujemnie na komórki mięszszone narządów. W taki być może sposób można objaśnić niektóre objawy uboczne, obserwowane przeze mnie, a opisane powyżej. Działanie to jednak jest przemijające. Jak stwierdzają badania nad przemianą materii po zastosowaniu salwarsanu, między innymi tu wygłoszony odczyt kol. Rzętkowskiego, nie posiada ten środek jakiegos wybitnego organotropizmu o charakterze zabójczym.

Do przemijających również należy odczyn ze strony nerwów (neuroreakcja) po zastosowaniu salwarsanu. Te neuroreakcje są bardzo rzadkie. Benario na 14.000 przypadków zebrał ich tylko 9. Objawy występowały głównie ze

strony nerwów usznego i ocznego i bardzo szybko przechodziły. Objawy powyższe należy odróżniać od występujących znacznie później, bo w 6 do 12 tygodni po zastrzyknięciu. Gdy Arning, Dörr, Duhot, Fordyce, Gennerich nie spozstrzegali ani jednego, Galewsky miał 1 na 235 przypadków, Treupel i Lewi również 1 na 250, Desneux i Dujardin—6 na 360, Beck—6 na 100, a Häuser, Finger, Rille i Bettmann mieli ich bardzo wiele. Benario na 14.000 przypadków naliczył tego rodzaju schorzeń nerwów 1:6. Szczególniej dużo tych schorzeń dał nervus acusticus: w statystyce Benario połowę wszystkich przypadków. Nieco rzadziej bywa zajęty nervus opticus, a następnie inne czaszkowe nerwy, jak facialis, abducens, trigeminus, trochlearis i t. d. Znajdowano również obwodowe polineuryty (Brown-Séquard) i zajęcie pojedynczych obwodowych nerwów, np. ischiadicus. Wszystkie te objawy należy rozpatrywać jako nawroty syfilisu ze strony nerwów, gdyż występują przeważnie po małych dawkach preparatu lub zastosowanego w postaci, trudnej do wessania, i występują zazwyczaj szybko po nowem zastrzyknięciu „606” lub po stosowaniu rtęci. Niektórzy autorowie, jak Finger-Buschke, Rille, Delbanco, Trömer zarzucają salwarsanowi, iż po stosowaniu go daleko częściej występują nerwowe objawy syfilisu, niż po leczeniu rtęcią, i czynią to nawet od niego samego zależnym. Zarzuty te jednak wydają się niesprawiedliwe. Przedewszystkiem obecnie zwrócono baczniejszą uwagę na najrozmaitsze objawy, występujące po stosowaniu „606”. Okazało się niespodziewanie ze statystyk najrozmaitszych autorów, iż i dawniej, (gdy leczono wyłącznie prawie rtęcią) neurorecydywy były bardzo częste. Haberman w klinice usznej w Gracu obserwował takich przypadków 67. Profesor Urbantschitsch z Wiednia obserwował podobne objawy poleceniu rozpuszczalnymi związkami rtęci. Ponieważ w wielu przypadkach tych neurorecydyw reakcja Wassermanna była ujemną, Ehrlich przypuszcza, iż mają one miejsce przy prawie zupełnem wyjałowieniu ustroju, gdy tylko pozostają nieliczne spirochaety w mało unaczynionych kanałach kostnych, przez które przebiegają powyżej wymienione nerwy czaszkowe.

W każdym razie salwarsan przy umiejętnem stosowaniu nie jest środkiem niebezpieczniejszym od innych, tak obficie przez dermatologów, internistów i innych lekarzy stosowanych. Wiele nieszczęśliwych przypadków należy zaliczyć na karb nieumiejtnej techniki, szczególnie przy wstrzykiwaniach śródżylnych, następnie w zależności od

ciężkiego schorzenia serca, nerek, wątroby i innych narządów, gdzie stosowanie salwarsanu jest przeciwwskazane. W wyjątkowych razach może się jednak zdarzyć pewna idyosynkrazia ustroju do tego środka, jak to zresztą bywa, przy bardzo wielu środkach, a nawet produktach spożywczych.

Duhot, Weintraud i Wechselsmann, używając dużych dawek i robiąc po kilka tysięcy zastrzyknięć salwarsanu, nie mieli ani jednego przypadku zatrucia organizmu. W tymże czasie Wechselsmann widział 2 przypadki śmierci po wcieraaniach szarej maści i 1 przypadek po iniekcji szarego oleju. Riesel w krótkim czasie obserwował ich trzy. Również kalomel, jak to stwierdza Lassar, daje nieraz śmiertelne przypadki.

Niektórzy autorowie, chcąc uniknąć objawów ubocznych stosują salwarsan in dosi refracta — np. co parę dni po 0,2. Na ogół taka metoda jest zbyt uciążliwa dla chorego i niepotrzebna, może być jednak stosowana w pojedynczych przypadkach przy ciężkim stanie organów wewnętrznych, a szczególnie w przypadkach nerwowych, gdy obawiamy się t. zw. reakcyi Herxheimera, np. w Meninges i w ważnych centrach życiowych. Dla stosowania salwarsanu w małych dawkach i ambulatoryjnie przyrządzają go w wodzie w rurkach zalutowanych i w różnych tłuszczach. Ze względu na łatwość psucia się preparatu, jako też bardzo słabego jego przy tej metodzie działania, unikam jej obecnie.

Działanie lecznicze salwarsanu rozpatrzę w dwóch kierunkach: 1) na objawy choroby, 2) na wyjałowienie ustroju z krętków białych, czyli na doszczętne usunięcie choroby.

Co do pierwszego punktu nie wiele mogę dodać do tego, co już wypowiedziałem w poprzednich dwóch moich odczytach. Na wszystkie objawy bezpośrednio luetyczne salwarsan działa przeważnie tak szybko i pewnie, jak żaden z dotychczasowych środków. Najefektowniejszy też rezultat otrzymujemy w przypadkach trzeciorzędnych ciężkich i syfilisu złośliwego, gdzie dotychczasowe leczenie rtęcią i jodem było bezskuteczne, lub działało zbyt powoli i niepewnie. Owrzodzenia na błonach śluzowych i skórze, sprawy kostne i t. p. goją się szybko i doszczętnie. Szybko również bywają usuwane objawy drugo i pierwszorzędowe, najpowolniej zaś z nich wchłaniają się nabrzmiałe i stwardniałe gruczoly i stwardnienia po zagojonych wrzodach pierwotnych. Czasem, rzadko wprawdzie, widzimy mniej dobre rezultaty.

Przytoczę kilka dla przykładu.

W przypadku wrzodu pierwotnego w 18 dni po waniu do żył 0,5 salwarsanu owrzodzenie jeszcze się nie zagoiło, pokryło się zaś zupełnie naskórkiem w 6 dni po drugiej dawce 0,6, a dopiero w 2 tygodnie po 3-ej dawce również 0,6 pozostałe stwardnienie zupełnie zmiękło.

W kilku przypadkach nacieczeń w okostnej, trwających po kilka miesięcy, a nawet w jednym kilkanaście należało parokrotnie wlewać salwarsan dla usunięcia nacieków. Najbardziej uporczywym okazał się przypadek orchitis syphilitica u młodego człowieka, trwający już kilka lat i leczony niezupełnie skutecznie, choć bardzo energicznie rtęcią i jodem. W ciągu roku zastosowałem temu choremu salwarsan 7 razy. Po każdym z pierwszych pięciu zastrzyknięć jądro dochodziło mniej więcej do normy, lecz w 6—8-ym tygodniu rozpoczynało się nanowo zwiększać. Dopiero po ostatnich paru wlewaniach, chore jądro doszło do wielkości mniejszej od sąsiedniego i przybrało konsystencję normalną i w tej mierze pozostaje już dotąd od kilku miesięcy.

W cierpieniach syfilitycznych układu nerwowego tam, gdzieśmy nie mieli do czynienia ze sprawami wtórnymi, otrzymywałem przeważnie mniej lub więcej wybitną poprawę. Mniejsze naogół wyniki otrzymałem w wiądzie rdzenia, poprawy często w jednym lub więcej kierunkach, przeszły parestezye, nietrzymanie moczu i t. d., lecz zwykle tylko na pewien okres czasu. Zupełnego powstrzymania postępu choroby nigdy nie stwierdziłem. Dodam tutaj, iż przy neuritis optica nie widziałem pogorszenia sprawy posalwarsanie, nawet kilkakrotnie zastosowanym, lecz w paru razach jakoby nieznaczną poprawę. Wszyscy uważają porażenie postępujące za najmniej odpowiedni teren do działania salwarsanu. Istotnie w wielu razach nic już nie można pomóc, lecz niejednokrotnie otrzymywałem poprawy znaczne, czasem niespodziewane. Pomijając przypadki z względną lub przemijającą poprawą, mogę przytoczyć 3 takie, gdzie chorzy po zastrzyknięciu salwarsanu powrócili do swych zajęć i przeszło już rok pracują normalnie. Znajdowali się oni w okresie silnego podniecenia z objawami tak wyraźnymi, że na naradach lekarskich specjaliści neurologicy radzili rodzinom uporządkować interesy majątkowe, a chorych jako nieuleczalnych unieścić w Tworkach. Przypuszczając nawet możliwość omyłki rozpoznania paraliżu

postępującego zamiast syfilisu mózgu, wobec tego, że takie omyłki są możliwe, iż dotychczasowe leczenie porażenia postępującego nie dawało dodatnich rezultatów, uważam, iż każdego chorego na porażenie postępujące należy poddawać leczeniu salwarsanem, choćby w małych dawkach. W przypadkach przymiotu dziedzicznego salwarsan działa również dobrze, jak i w przymiocie nabytym; dodam tylko, iż oseskom i dzieciom do lat 7—10 ciu wstrzykuje salwarsan ze względów technicznych tylko śródmięśniowo. Działanie lecznicze mleka matki, której wstrzyknięto salwarsan, na objawy przymiotu u osesków również stwierdziłem parokrotnie. Od czasu, jak w mleku tem wykryto arsenik, jemu przypisują lecznicze działanie, a nie niwecznikom luetycznym.

Drugi punkt—t. j. wyjałowienie doszczętne ustroju z krętków białych przedstawia się obecnie jaśniej. Jednorazowe zastosowanie preparatu nie wystarcza przeważnie do wyleczenia chorego. W okresie wczesnym drugorzędowym często po pewnym przeciągu czasu po 6—10-u tygodniach, po 3—4-ch i więcej miesiącach zjawiają się recydywy na skórze, błonach śluzowych i w innych narządach. Do nich zaliczamy i wyżej wspomniane neurorecydywy. Mogę jednak zaznaczyć, iż ogólnie nawroty po salwarsanie występują rzadziej, niż po leczeniu rtęcią i jodem. Choć zdarzają się przypadki bardziej odporne na działanie salwarsanu, szczególnie w świeżym drugorzędowym przymiocie. Ponieważ brak nawrotów nie jest jeszcze miarodajnym dla stwierdzenia zupełnego wyleczenia choroby, dla kontroli uciekam się do reakcji Wassermanna, która choć nie jest bezwzględnie pewną, lecz jedną z znanych nam metod. Przytoczę tutaj te dane, które dotyczą chorych bez nawrotów i kontrolowanych reakcją Wassermanna nie krócej niż w przeciągu 10-u miesięcy. U 9-u osób z owrzodzeniem pierwotnem odczyn pozostawał stale ujemny, i objawy wtórne nie wystąpiły. U dziesiątej, choć objawy nie wystąpiły, lecz odczyn Wassermanna dopiero przed kilkoma dniami dał słabe zatrzymanie hemolizy. Przemawia to bardzo za wczesnem leczeniem kiły, natychmiast po rozpoznaniu jej zapomocą wykrycia krętków białych. Również pod tym względem większe dawki lub zastrzyknięte w krótkich po sobie odstępach, i nietylko śródżylnie, ale i śródmięśniowo słabokwaśne dały lepszy rezultat, niż mniejsze i zastrzyknięte tylko śródżylnie.

W okresie drugorzędowym jawnym i utajonym ilość przypadków, obserwowanych dłużej, niż 10 miesięcy, wynosi

38, z tej zaś liczby po jednym zastrzyknięciu zmieniony w ujemny odczyn Wassermanna, pozostał takim do tej pory u 7-u chorych, po dwóch zastrzyknięciach, u 10-u, po trzech zastrzyknięciach i stosowaniu rtęci w odstępach—21. Cyfry te przemawiają silnie za stosowaniem salwarsanu w drugorzędowym okresie, a w przypadkach szczególnie uporczywych salwarsanu z rtęcią. W trzeciorzędowym okresie jawnym i utajonym chorych, obserwowanych dłużej niż 10 miesięcy, mam 30-u. Z tej liczby odczyn dodatni przeszedł w ujemny na stałe po jednym zastrzyknięciu w 6-iu przypadkach, po powtórnem—w 10-u, a po 3-krotnem stosowaniu salwarsanu i forsownem leczeniu rtęcią i jodem jeszcze u 8-u chorych. I tutaj w uporczywszych przypadkach skombinowane działanie salwarsanu i rtęci z jodem jest bardzo widoczne.

Jeśli porównać przytoczone powyżej dane z temi, jakie wygłosiłem przed 4-ma przeszło miesiącami na zjeździe lekarzy i przyrodników w Krakowie, to widać, pomijając przypadki, które straciłem z obserwacji, że w niektórych razach odczyn Wassermanna, utrzymując się po pół roku i nawet dłużej jako ujemny, przechodził następnie znów w dodatni. Przyjmując pod uwagę powyższe fakty, a następnie, iż rtęć i jod bynajmniej nie osłabiają działania salwarsanu, obecnie szczególnie w świeżych przypadkach powtarzam zastrzykiwania kilkakrotnie co 6 tygodni—2 miesiące, a w odstępach tego czasu stosuje rtęć i jod.

Uważając więc dalszą obserwację co do działania salwarsanu w ciągu wielu lat za wskazaną, dochodzę obecnie do następujących wniosków:

1). Salwarsan jest znakomitym swoistym środkiem przeciwkiłowym, usuwa on szybko objawy przymiotu i może go zupełnie usunąć z ustroju, a przytem działanie tego środka jest nieszkodliwe dla ustroju, w każdym razie nie bardziej szkodliwe, niż tak powszechnie używane inne środki.

2). Dawki salwarsanu na raz mogą wynosić 0,4—0,6.

3). Dla wyleczenia przymiotu należy stosować dawki salwarsanu niejednokrotnie, najlepiej w połączeniu z rtęcią i jodem.

4) Najlepszą metodą stosowania salwarsanu jest wlewanie śródżylnie, choć w pewnych razach lepsze rezultaty, zdaje się, dają śródmięśniowe zastrzykiwania.

5) Stosowanie salwarsanu jest przeciwwskazane tylko przy bardzo ciężkich schorzeniach układu krwionośnego, nerek i wątroby.

III.

WAKCYNOTERAPIA.

(Zarys społecznego stanu wiedzy o istocie szczepień ochronnych i leczniczych).

Podał

Dr. Stanisław Serkowski.

(Dalszy ciąg).

CZĘŚĆ II SPECYALNA.

ROZDZIAŁ VII.

Wakeynoterapia przy gruźlicy.

TREŚĆ: Szczepienia przeciwgruźlicze zapobiegawcze u ludzi i zwierząt. Szczepionki lecznicze. Zwoleńnicy i przeciwnicy tuberkuliny. Stosowanie tbk. w dermatologii. Skombinowana metoda sanatoryjno-tuberkulinowa. Statystyka Bandelier'a. Udział uczonych polskich. Pogląd Sokołowskiego. Doświadczenia Bujwida. 4 grupy przetworów tuberkulinowych. Teorye działania tbk. Auto-wakeynacja i auto-seroterapia. Teorya Wright'a, jego kazuistyka i wnioski. Poglądy Eisenberga na potrzebę uodporniania swoistego w dzieciństwie.

Stosowanie tuberkuliny jest uodpornianiem czynnym, wakeynoterapią. Jako środek uodporniający w zastosowaniu do ludzi zdrowych w celach zapobiegawczych, próbowano go dotychczas w niewielkich rozmiarach. Tak np. wiadomo (Bertarelli 1908), że przy dłuższem stosowaniu postępowych dawek dawnej tuberkuliny Kocha u lu-

dzi zdrowych zjawiają się we krwi swoiste, odchylające komplement ciała, jako odczyn ustroju na wprowadzone bodźce: taki wynik wymaga około 100 iniekcji. Natomiast nie wytwarzają się potem ani aglutyniny ani ciała bakteryobójcze. O wiele więcej wiadomo o działaniu zapobiegawczem tuberkuliny u zwierząt oraz leczniczem u ludzi, chorych na gruźlicę, prócz własności rozpoznawczych, — które tu pomijam.

Jako wakcyny zapobiegawcze przeciwgruźlicze w zastosowaniu do zwierząt znane są b o w o w a k c y n a B e h r i n g'a, t a u r u m a n K o c h-S c h ü t z'a, a n t i p h y-

*) Przed Behringiem próbowali Grancher i Ledoux-Lebard uodporniać króliki zapomocą gruźlicy ptasiej, Terre—gruźlicy rybiej, Moeller i in. zapomocą nieswoistych bakterii kwasoodpornych; wreszcie wynalazek Behring'a poprzedziły doświadczenia MFadyenne'a, który stosował tuberkulinę u bydła w celach profilaktycznych i nawet osiągnął pewne wyniki dodatnie. Choroba o lekkim przebiegu powoduje nie mniejszą odporność, jak i po ciężkim przypadku: fakt ten nasunął myśl badaczom, aby uodpornić czynnie zwierzęta przeciw gruźlicy zapomocą małych dawek lub osłabionej wakcyny gruźliczej. Uodpornienie czynne przeciw gruźlicy datuje się od roku 1889, mianowicie od badań Daremberga, który spostrzegł, że króliki i świnki morskie po zaszczerpieniu im małych dawek wakcyny stają się odporne względem większych dóz zjadliwych bakterij gruźliczych. Zbliżony pogląd wypowiedział Wysokowicz i in. Próbowano też szczepić królikom osłabioną wakcyne starej hodowli laseczników gruźlicy ptasiej i przechodzono stopniowo po 8 iniekcjach aż do materiału zjadliwego: zwierzęta stawały się przez to odporniejsze względem gruźlicy, ale pomimo to ginęły po pewnym czasie wskutek wtórnych objawów w nerkach. Takie same wyniki otrzymano, szczepiąc królikom laseczniki gruźlicy ludzkiej.

Babes w r. 1893 uodporniał różne zwierzęta — psy, króliki i świnki morskie—przeciw gruźlicy, szczepiąc im po kolei tuberkulinę z gruźlicy ptasiej, później stare hodowle, następnie młodsze kultury teje gruźlicy, dalej tuberkulinę z gruźlicy ludzkiej, stare hodowle, wreszcie świeże zjadliwe kultury gruźlicy ludzkiej w coraz wrażliwszym dawkach: wprawdzie, po tych doświadczeniach 90—95% zwierząt padło, ale pozostałe przy życiu zostały uodpornione przeciw najzjadliwszym zarazkom. Inni badacze z mniej lub więcej pomyślnym rezultatem uodporniali zwierzęta zapomocą hodowli wyjałowionych, przefiltrowanych, osłabionych w rozmaity sposób; próbowano do tego celu uodporniać przeciw gruźlicy pokrewnemi gatunkami, np. gruźlicy ptaków, zimnokrwistych i t. d. Tu też zaliczyłyby należało próby czynnego uodpornienia zapomocą tuberkuliny Koch'a, która odegrała jednak wielką rolę nie profilaktyczną, lecz rozpoznawczego środka.

matol Klimmer'a, szczepionki Heymann'a, Vallé i in.; do szczepionek leczniczo-rozpoznawczych bądź ściśle terapeutycznych dla ludzi zalicza się tuberkulinę, tuberkulol, preparat Denys'a, Beranek'a, Klebs'a, Krehl'a, Kasilescu, Benario, Rosenbacha i innych.

O wielu powyższych szczepionkach szczegóły jakoteż projekt organizacyi walki z gruźlicą u nas znaleźć można w dziele mojem p. t. „Mleko i mleczarstwo w oświeceniu higieny i bakteriologii“, Warszawa 1907.

Historya nauki o szczepionkach przeciwgruźliczych— to wspaniała karta z historyi rozwoju myśli ludzkiej; składają się na nią tysiączne wyniki mrówczej pracy jak i epokowe przebłyski geniuszu ludzkiego.

Wynalazcą swoistej szczepionki przeciwgruźliczej dla bydła jest Behring (1901—1902 *): jako materiał służyły żywotne hodowle TBc ludzkiego pochodzenia. Dalsze badania w tymże kierunku prowadzili Lorenz, Römer, Eber, Hutyra i in.

Szczepienia metodą Behring'a wykonuje się na młodych cielętach (2—12 tygodn.). Szczepionkę, t. zw. bowowakcyne stanowi zawiesina żywych laseczników gruźliczych w fizyologicznym roztworze soli w rurkach szklanych po 5 i po 20 jednostek immunizacyjnych; przed użyciem dodaje się 2-krotną objętość wody jałowej ex tempore, tak aby w każdym 2 ctm. sz. ostatecznej zawiesiny znajdowała się 1 j. i. Taką ilość (2 ctm. sz.) stosuje się jako pierwszą dawkę, a do drugiej po upływie 12 tygodni 5 razy więcej (5 j. i.).

Szczepienia bowowakcyny odbywają się dożylnie w vena jugularis w warunkach ściśle aseptycznych, t. j. takich, aby wraz z materiałem szczepiennym nie mogły się dostać do ustroju obce zarazki i spowodować niepożądane powikłania, jak to miało właśnie miejsce w Poznaniu (spozstrzeżenie Marks'a). Badania wykonywane przez samego Behringa jak i przez innych badaczy (w Lipsku Eber, w Darmsztadzie Lorenz, w Budapeszcie Hutyra, w Wiedniu Schindelka i in.) wykazały dobre wyniki. U nas nawoływał do Jennerizacyi metodą Behringa S. Majewski w Piotrkowie. Od r. 1905 wykonano w Melun pod Paryżem (Vallée) szereg odnośnych doświadczeń na większą skalę: mianowicie 100 zdrowym zwierzętom zaszczepiono po 2 ctm. sz. zawiesiny la-

seczników, dostarczonych przez Behring'a. Po 3 miesiącach tymże zwierzętom, przebywającym w najlepszych warunkach — zdala od możliwości zakażenia, wstrzyknięto 5-krotną dawkę szczepionki. W 7-yim miesiącu po pierwszej, a w 3 $\frac{1}{2}$ po drugiej iniekcji poddano wszystkie zwierzęta próbie tuberkulinowej: jedno tylko zwierzę reagowało. Następnie wszystkie zwierzęta nie reagujące wystawiono na różne rodzaje zakażeń gruźlicą, np. dwoje cieląt umieszczono razem z krową gruźliczą, sześciu wprowadzono do żyły bardzo złośliwą hodowlę laseczników perlicy, a siedmiu mieszane kultury gruźlicy i perlicy. Kontrola polegała na wykonywaniu identycznych doświadczeń ze zwierzętami nie jennerizowanymi.

Po upływie roku po pierwszym szczepieniu zabito wszystkie zwierzęta zarówno szczepione jak i kontrolowe. Ogólny wniosek z tych doświadczeń Vallée wyprowadził taki, że ochronne szczepienia zwierząt metodą Behring'a są dzisiaj kwestyą rozstrzygniętą nie tylko teoretycznie, ale i praktycznie: bowowakcyna Behring'a wzmacnia u jennerizowanych zwierząt odporność względem następnych zakażeń podskórnych oraz dożylnych zarazkami perliczemi silnie zjadliwymi, jakoteż i względem naturalnych zakażeń gruźlicą bydła; u pewnej jednak części osobników szczepionych odporność nabyta wyczerpuje się stopniowo i znika po upływie roku, i wtedy też — z chwilą wyczerpania się odporności — skryte ogniska gruźlicze, zwłaszcza z gruczołów oskrzelowych, dają powód do prosówki ogólnej. Już w r. 1904 Klimmer wyraził przypuszczenie, że dwukrotna jennerizacja jest niewystarczającą, aby uchronić zwierzę na dłuższy przeciąg czasu od zakażenia gruźlicą.

Zbliżone doświadczenia wykonano i w innych miejscowościach, np. we Włoszech Belfanti i Stazzi, w Belgii komisya, w której skład weszli Degive, Stubbe, Mullie i Liënaux, w Niemczech Weber i Titze, w Ameryce Lellmann, w Austrii Hutyra i t. d. Okres trwania odporności — według badań ostatniego z badaczy — równa się od 7 $\frac{1}{2}$ do 17 miesięcy. Następujące doświadczenia wykonał w Krakowie Nowak.

Jennerizował 2 sztuki bydła i po upływie 9 miesięcy po 2-ej iniekcji zakaził je po 2 ctg. hodowli gruźlicy (typu bovinus) i mianowicie jedno dożylnie, drugie do otrzewny;

zwierzę kontrolowe otrzymało taką samą dawkę dożylnie. Po upływie 6 tygodni zabito wszystkie zwierzęta: u kontrolowego okazała się obecność ogniska gruźliczego na szyi w miejscu iniekcji, w gruczołach limfatycznych i płucach, podczas gdy jennerizowane były zupełnie wolne od gruźlicy. Tu należałoby jednak zrobić zastrzeżenie, że kontrola na jednym osobniku nie jest wystarczającą, tembardziej, że w czasie iniekcji mogło nastąpić rozsianie materiału zakaźnego podskórnice.

Nie chcąc nadmiernie rozszerzać ram niniejszej pracy i nie cytując dlatego całego szeregu prac nad bowowakcyzną w ostatnich latach (1907—1911), zestawiam poniżej tylko ogólne wnioski z nich. Ze wszystkich wypływają zgodne wnioski, że bowowakcyzna wzmacnia odporność bydła względem późniejszych zakażeń gruźlicą, niezależnie od dróg wtargnięcia zarazków (oddechowo, do otrzewny, podskórnice lub dożylnie). Różnica zdań ma miejsce tylko co do zakażeń na drodze pokarmowej i podczas gdy Weber i Titze otrzymywali u zwierząt jennerizowanych przy zastosowaniu wielkich dawek wyniki ujemne, Degive, Stubbe, Mullie, Liénaux i Lellmann odwrotnie rezultat dodatni. Ważną rolę do uzyskania odporności odgrywają dawki: wymagalne są wzrastające dawki bakterji gruźliczych (por. niżej z wnioskami Wright'a). Istnieją poglądy, iż odporność nabyta po jennerizacji bowowakcyzną trwa 3 miesiące, później stopniowo ubywa, a do roku znika; okres ten trwa nie u wszystkich zwierząt jednakowo: w biegu są doświadczenia różnych badaczy, aby okres ten możliwie przedłużyć. W jednej seryi doświadczeń, wykonanych w ubiegłym roku przez Weber'a i Tietze, już po upływie 19 miesięcy u jednych, a 14 u drugich zwierząt już odporności nie było żadnej. Twierdzenia Saass'a, jakoby bowowakcyzna sama przez się mogła spowodować gruźlicę, większość autorów uważa za niczem nie uzasadnione, a Römer wprost nazywa absurdem.

Statystyka — acz dotychczas niewielka — też zdaje się przemawiać na korzyść bowowakcyny: tak np. w pewnym okręgu ilość ogólna zwierząt, reagujących na tuberkulinę, spadła z 68,3 do 9,6%, dzięki stałym systematycznym szczepieniom uodporniającym w okresie 6-letnim (Strelinger); w innej miejscowości znów obliczono spadek krów reagu-

jących z 87% na 18% przy 4,000 dokonanych szczepień (Ebeling).

Inna używana w praktyce szczepionka zapobiegawcza, t. zw. tauruman Koch'a — Schütz'a, również jak i poprzednia, przygotowana jest z żywych laseczników gruźliczych (typus humanus): przewaga jej ma polegać na rzekomo dłużej trwającej odporności, dzięki przygotowaniu taurumanu bez uprzedniego osłabienia zarazków. Jak wykazały doświadczenia nad bydlęciem „taurumanizowanym” i następnie zakażanym w różny sposób w berl. urzędzie zdrowia, tauruman działa zupełnie tak samo, jak bowowakcyna, i nie zauważono żadnej przewagi jednego preparatu nad drugim. Pierwszy z nich jest wprawdzie bardziej jadowitym materiałem, ale zato siła tej jadowitości jest jednostką bardziej stałą, niż w bowowakcynie.

Aby uniknąć ujemnych objawów obydwóch poprzednich szczepionek (niejednakowy i zbyt krótki okres odporności, stosowanie szczepień dożylnych, przygotowanie wakcyny z materiału o własnościach chorobotwórczych względem ludzi), Klimmer wprowadził pod nazwą antiphymatol wakcynę, w równej mierze nieszkodliwą dla zwierząt i człowieka. Przygotowuje się antiphymatol (zwany też „AV” *) z laseczników gruźliczych ludzkich, osłabionych pasażem przez salamandry do tego stopnia, że nie wpływa ujemnie na ustrój bardzo wrażliwej świnki morskiej. Szczepienia młodych cieląt odbywają się podskórnie, powtarzają się po raz drugi po upływie 3 miesięcy, a następnie corocznie, co wpływa na przedłużenie stanu odporności. Krytyka (Eber, Römer i in.) szuka słabej strony danych szczepionek w tem, że są one niejadowite dla wszelkich zwierząt. Tu jednakowoż należałoby wspomnieć o wielu szczepionkach, otrzymywanych drogą znacznego osłabienia zarazków, a pomimo to stosowanych z korzyścią przeciw wielu zakażeniom. Wspomnę też tu, że badając wrażliwość królików na martwe prątki gruźlicy Dębniński spostrzegł, że przez wstrzykiwanie śródżylnie coraz silniejszych dawek możliwym jest przyzwyczajenie zwierząt nawet do dawek śmiertelnych. Martwe prątki, wstrzykiwane nawet w olbrzymich dawkach pod skórę, do otrzewnej lub żył,

*) Dawniej Klimmer używał 2 szczepionek—obydwóch z bakterii gruźliczych typu ludzkiego. „TH” osłabionych przez ogrzewanie i „AV”; obecnie zaś stosuje się tylko tę ostatnią.

nigdy nie zabijają królika szybko: zwierzę zdycha dopiero po upływie kilku tygodni lub miesięcy w mniejszym lub większym stopniu wycieńczenia.

Wychodząc z założenia, że szczepionka powinna jak najbardziej być zbliżoną do warunków naturalnych i wytwarzać taką odporność, jaką dają organizmowi ludzkiemu lub zwierzęcemu drobne miejscowe ogniska gruźlicze (np. sprawy gruźlicze), Heymans w Belgii zastosował metodę, polegającą na wprowadzeniu osobnikom uodpornianym żywotnych laseczników gruźliczych w specjalnych woreczkach, które uniemożliwiają rozszerzanie się samych drobno-ustrojów, ale które pozwalają przenikać stale do ustroju produktom ich o własnościach uodporniających. Naokoło wprowadzonego pod skórę woreczka wytwarza się początkowo wysięk, następnie bogata w naczynia tkanka ziarninowa i otoczka z tkanki łącznej. Laseczniki gruźlicze wewnątrz woreczka rozmnażają się bez przerwy w ciągu 12 do 18 miesięcy; już po upływie 15 do 40 dni zjawia się nadwrażliwość względem tuberkuliny. W woreczku znajduje się około 1 mg. bakterii. Heymans uodpornił tą metodą z korzyścią 20 tysięcy zwierząt.

Poza powyższymi 4 rodzajami szczepionek przeciwgruźliczych zapobiegawczych w zastosowaniu do zwierząt inne dotychczas nie wyszły poza ściany laboratoryjne. Wspominam tu jednak i o nich: wszystkie bowiem mają naukowe podstawy, i nie można przesądzać, której z nich sędzono odegrać rolę decydującą w przyszłej walce z gruźlicą ludzi i zwierząt.

Tak, np., próbowano z dobrym wynikiem uodpornić zwierzęta przez wprowadzenie do tchawicy bowowakcyny lub laseczników gruźlicy ptasiej (Besnoit, Leclainche, Morel). Inni—jak Baumgarten, Lignieres, Hutyr a widzą przewagę szczepień podskórnych nad wewnątrzżylnymi, zalecanymi przez Arloing'a, Pearson'a, Valle'e, Römer'a i in. Szczepienia per os zalecają Calmette i Guerin. Zamiast osłabionych bakterii gruźliczych ludzkiego pochodzenia, jedni autorzy (Smith) radzą do powtórnych szczepień używać materiału typu bovinus, inni zaś odwrotnie szczepy awirulentne: np. Arloing zaleca szczepienia dożylnie homogenizowanej hodowli TBc, wyrosłej przy 42—43°, Lignieres zaś w celach profilaktycznych radzi karmić cielęta bakteriami gruźlicy ptasiej, upodobnionej do bydłowej

przez 18 mies. przebywanie w woreczku kolodiumowym w jamie brzusznej bydła rogatego. Odporność u małych zwierząt uzyskał L e v y przez szczepienie bakterii, osłabionych na drodze chemicznej (galaktoza, gliceryna, mocznik); do osłabienia drobnoustrojów swoistych w tymże celu stosowali M o u s s u i G o u p i l — chlor, V a l l é e — jod, R a p p i n — fluornatrium i t. d.

C a l m e t t e i G u e r i n zastosowali dożylnie iniekcje kultur gruźlicy typi bovini, wyhodowanych w żółci wołowej: odporność występowała już po 30 tu dniach; przez systematyczne uodpornianie zwierząt otrzymali surowicę o własnościach wysoko aglutynujących laseczniki gruźlicze i w mieszaninie z powyższymi kulturami—osłabionemi przez hodowanie w żółci—o własnościach uodporniających zwierzęta w ciągu 30 dni (m e t o d a s i m u l t a n). Jest to więc pierwsza próba serowakcynacji czyli uodpornienia czynno biernego przeciw gruźlicy * ludzkiej. Można by tu przytoczyć szereg nazwisk, oraz setki prac polskich znakomitych badaczy, którzy życie całe poświęcili idei walki z gruźlicą. B a r a n o w s k i, H e r y n g, S o k o ł o w s k i, D u n i n, S t e r l i n g, D ę b i ń s k i,

*) Uodpornianie bierne polegało pierwotnie na stosowaniu surowicy krwi zwierząt, na tę chorobę nie wrażliwych (psów, kóz) lub surowicy zwierząt gruźliczych lub też sztucznie uodpornionych czynnie. Ten ostatni sposób znalazł wyraz w surowicy M a r a g l i a n o. Wychodząc z założenia, że jad gruźliczy zawiera kilka składników—toksalbuminę, wodny wyciąg z ciał bakterii, tuberkulinę krystalizującą i in.—M. podskórnie szczepi koniom mieszaninę toksalbuminy i wodnej tuberkuliny w stos. 1:3 w dawkach wzrastających od 5 do 50 grm. Uodpornienie trwa 4 do 6 miesięcy, następnie zbiera się z każdego konia po 3 litry krwi, której surowica używa się do uodpornienia biernego. Surowica ta ma zdolność zubożać działanie uberkuliny, a wprowadzona do ustroju zdrowych osobników w niezbyt posuniętym okresie służy do wytwarzania się nowych niweczników. Laseczki gruźlicze zjadliwe, wniesione do surowicy M a r a g l i a n o, tracą po upływie 20 dni przy 37° swoją zjadliwość; niektórzy autorzy jednak takiego wpływu nie zauważyli.

Zbliżone surowice otrzymali w odmienny sposób C r a n d a l l, F i s c h, N e u f e l d, S c h w e i n i t z, D o r s e t i in. Zdaniem B e h r i n g'a, surowica wysoko uodpornionego bydła zawiera ciała ochronne, które u krów przechodzą do mleka. Ponieważ—jak sądzi ten badacz—gruźlica w późniejszym wieku, nawet gruźlica płucna, bierze swój początek w wieku niemowlęcym, radzi B e h r i n g karmić niemowlęta mlekiem uodpornionych zwierząt; uodpornienie krów zaś otrzymuje na drodze omawianej wyżej jennerizacji.

Jakowski oddali krajowi w tym kierunku wielkie usługi. Nie jestem nawet w możności przytoczyć tu wszystkich prac polskich o gruźlicy ¹⁾, nie chcąc zbyt rozszerzać ram niniejszego, przypomnę tylko o tych, którzy specjalnie pracowali nad leczeniem swoistem gruźlicy, i streszczę poniżej ich poglądy, — mianowicie Dłuskiego, Bujwida, Gałęckiego, Sterlinga, Fidlera oraz zdanie Sokołowskiego.

W pracy p. t. „Ogólne uwagi o swoistem leczeniu gruźlicy” (1910) K. Dłuski na mocy własnych spostrzeżeń i teoretycznych danych wypowiada się w sprawie stosowania tuberkuliny sceptycznie i z rezerwą. Mówi on:

„Jeśli jest prawda, że gruźlica jest przeważnie, a może wyłącznie zakaźną i staje się „toksyyczną” przez działanie endotoksyn uwolnionych z lasecznika lub z odłamków (Splitter), to powstaje dalsze pytanie: co się dzieje z temi endotoksynami? w jaki sposób są one zubożniane zewnątrz-komórkowo przez żywotne soki ustroju? A dalej jakie poszczególne narządy ustroju odgrywają tu główną rolę? Wiemy, że narządy krwiotwórcze, jak np. śledziona i szpik kostny, są jednocześnie siedliskiem wytwarzania się niweczników. Byłoby więc rzeczą ciekawą wykazać, w jakich narządach lub tkankach giną produkty rozkładu tkanki gruźliczej, przepojone endotoksynami? Łącznie z temi pytaniami i wobec tego, że teorye „allergii” i „lizyn” niedostatecznie nam wyjaśniają różne zjawiska z dziedziny walki ustroju z lasecznikiem, powstaje pytanie, czy dalsze badania nie wykażą jeszcze istnienia innych niweczników, odgrywających ważną w tym względzie rolę? Wedle poszukiwań Böhmego nad bakterytropinami, surowica krwi u ludzi zdrowych ciał tych nie zawiera. Natomiast pojawiają się często u ciężko chorych na gruźlicę, w wielkich zaś ilościach u wszystkich gruźliczych, leczonych BE?”

„Jako ogólny wniosek wypada, że należy w sprawie swoistego leczenia gruźlicy zachować pewną dawkę sceptycyzmu, skoro wy-

¹⁾ Każdemu lekarzowi znane są prace Dunina, Eisenberga, prof. Jaworskiego, prof. Ciechanowskiego, Krokiewicza, Kowenickiego, Dłuskiego, L. Zielińskiego, Gałęckiego, Dębińskiego, Fidlera, Erbricha, Domańskiego, Frączkiewicza i innych autorów polskich. Walka z gruźlicą u bydła“ prof. Kleckiego; „Gruźlica u bydła rogatego“ Kiszkeła, szereg prac nad rozpozn. „stosowaniem tuberkuliny u bydła“ prof. Bujwida mają poważne naukowe i społeczne znaczenie.

niki takich kolosalnych wysiłków myśli ludzkiej nie są ujęte jeszcze w ścisłe prawa, wyjaśniające harmonijny związek różnych zjawisk biologicznych”.

„Z tego jednak wszystkiego, cośmy wyżej powiedzieli, wynika praktyczne pytanie dla klinicysty: jak się zachować wobec swoistego leczenia gruźlicy? Odrzucać je — byłoby ignorowaniem tego, co nauka już dała i zapoznaniem faktu, że swoiste leczenie łącznie z metodą higieniczno-dyetyczną coraz więcej ostatnimi laty jest stosowane. Przyjmować jednak leczenie swoiste na ślepo byłoby utożsamianiem pewników z hipotezami naukowymi. Przy hipotezach otwarta jest droga do badań i doświadczeń. Ale doświadczenia i próby u człowieka powinny ściśle trzymać się zasady „primum non nocere”. Z tych więc względów, co się nas dotyczy, stosujemy swoiste leczenie w naszym sanatorjum, Jeśli posługujemy się TBK, to wychodząc z zasady empirycznej, widzieliśmy bowiem dobre skutki; nieznamy dotąd w naszym bilansie żadnych szkód dla chorych”.

Z doświadczeń na zwierzętach z tuberkuliną, wykonanych w r. 1891 przez B u j w i d a (Gaz. Lek.) ważne są następujące: „Tuberkulina powstrzymuje rozwój gruźlicy u zwierząt nią dotkniętych na pewien przeciąg czasu“, „pod wpływem tuberkuliny bakterye w tkankach ulegają pewnym zmianom, co się wyraża brakiem bakteryi lub znacznym zmniejszeniem ilości ich w ogniskach gruźliczych u zwierząt, traktowanych tuberkuliną”.

Wnioski z leczenia gruźlicy płucnej w różnych okresach u 18 chorych za pomocą TBK opisał H. F i d l e r w r. 1909. Autor starał się zbadać wartość tuberkuliny i wpływ jej na stan ogólny, ze sprawą miejscową, na przebieg ciepłoty u gorączkujących, odczyn miejscowy i ogólny oraz powstawanie objawów ubocznych. Obok pomyślnych wyników F. spostrzegł też i pogorszenie u kilku chorych, a dwaj w III okresie ze znacznymi zmianami rozpadowemi, nieustającą gorączką wyniszczającą, zmarli po kilkudziesięciu wstrzykiwaniach. Ogólne wnioski ze swoich spostrzeżeń F i d l e r przedstawia jak następuje:

„TBK jest środkiem nieszkodliwym i nie wywołuje ani miejscowego ani ogólnego odczynu, wpływa korzystnie na sprawę gruźliczą zarówno w płucach, jak w gruczołach chłonnych; u pewnej kategorii gorączkujących z t' ponad 38°. TBK działa przeciwgorączkowo; w przypadkach przebiegających leniwie z ciepłotą podgorączkową, TBK nie wy-

wiera pomyślnego wpływu na unormowanie ciepłoty. Należy empirycznie wyszukać u chorego jego „optimum”, t. j., największą dawkę, którą znosi dobrze. Gdyby nawet granica jego wytrzymałości leżała nisko, t. j. gdyby znosił jedynie słabe rozcyny i małe dawki, nie należy się spieszyć ani z powiększeniem dawek ani z użyciem silniejszych rozcynów do chwili, aż ponowne doświadczenie wskaże, że można dotychczasową granicę tolerancji przekroczyć bezkarnie. TBK wywiera wpływ na zmniejszanie się kaszlu, lecz jedynie po dłuższym użyciu; jednakże bez narkotyków niepodobna się obejść — szczególnie w pierwszych tygodniach. W pewnej liczbie przypadków można stwierdzić jedynie poprawę stanu ogólnego, zaś sprawa miejscowa zostaje unieruchomiona, w innych zaś następuje pogorszenie zarówno stanu miejscowego, jakoteż ogólnego. Obydwie kategorie powyższe należą do bardziej posuniętych okresów, na granicy pomiędzy II a III lub w III okresie. Najlepiej nadaje się do tuberkulinizacji: utajona gruźlica, t. zw. wrzekoma błędnicą; gruźlica płuc i gruźlice gruczołowe (zołzy); następnie — znaczna część przypadków z II okresu. W pozostałych — pomimo braku korzystnego wpływu na sprawę w płucach, można jednak usunąć szereg ogólnych objawów i przywrócić choremu pewną zdolność do pracy”. „Nie ulega wątpliwości, że we wszystkich preparatach tuberkulinowych zawarty jest tylko jeden czynnik działający, dotychczas nie zbadany i nie wyosobniony: przeto wszelka tuberkulina, stosowana według metody G e t s c h - S a h l i e - g o, może przynieść poważną korzyść. Sądzę jednak, że z pośród dotychczas znanych TBK zasługuje najbardziej na rozpowszechnienie ze względu na swą małą jadowitość i łatwe dawkowanie“. Praca F i d l e r a, bogatą jest w spostrzeżenia — zwłaszcza w zakresie dawkowania TBK, — szkoda tylko, — że autor nie poparł swoich wniosków bakterjoskopią płwocin, co uważanem bywa powszechnie za ważne kryterium działania danego środka — obok objawów klinicznych.

Badania G a ł e c k i e g o i B u d z y ń s k i e g o oraz J a n o w s k i e g o i G a n t z a nad działaniem leczniczem „I. K.“ S p e n g l e r a w gruźlicy płuc nie są zachęcające do dalszego stosowania tego środka. Mianowicie, pierwsi dwaj wypróbowali „I. K.“ w 37 przypadkach, robiąc iniekcje podskórne poczynając od 0,5 grm. dziesięciomiljonowego rozcieńczenia, później po 14—10—8 dniach zastrzy-

kując tę samą ilość dziesięć razy mocniejszego roztworu i dochodząc wreszcie do iniekcji czystego „I. K.”. Z przypadków tych 12 chorych było w I, 10 w II i 15 w III okresie. Nawet w względnie lekkich przypadkach, gdzie leczenie sanatoryjne nie osiągnęło żadnego celu, „I. K.” również okazało się bezskutecznem. Nie miało ono również żadnego działania jako środek zapobiegawczy przeciw nawrotom podleczonej gruźlicy płuc lub — jak w jednym przypadku — otrzewnej; wreszcie u jednej chorej nic nie zapobiegło pogorszeniu choroby po powrocie do domu. W innych zaś, gdzie osiągnięto pewną poprawę, tej ostatniej nie można było przypisać działaniu „I. K.”, gdyż poprawa szła w tym samym tempie i po przerwaniu zastrzykiwań. Ani razu G a l e c k i nie stwierdził u chorych takiej poprawy w płucach lub w stanie ogólnym, którąby można było poczytywać za zasługę „I. K.”, a w kilku przypadkach zdawało się niepomyślnie oddziaływać na przebieg choroby. Nie było też żadnego wpływu iniekcji na poprawę subiektywnego stanu chorych i łaknienie, na przyspieszenie obniżenia t⁰, dreszczy lub potów. Redukcya łaseczników była równoległa z poprawą ogólną lub bez niej, ale niezależnie od I. K. Jednym słowem, wyniki te są zniechęcające do dalszego stosowania „I. K.” przy gruźlicy płuc.

Ja nowski z G a n t z e m na mocy prób u 14 chorych doszli do wniosku, że ani razu nie było spadku ciepłoty, poprawy łaknienia lub samopoczucia, nie było też poprawy stanu obiektywnego i nie stwierdzono też zaniku lub zmniejszenia łaseczników w płwocinie; wreszcie nie jest to środek obojętny i może powodować nieraz znaczne podniesienie ciepłoty, co potwierdzają też doświadczenia K. Z a l e s k i e g o.

Takie niepomyślnie wyniki stosowania „I. K.” można było z góry przewidzieć. Wprawdzie spółczesna wakcynoterapia dąży do równoczesnego uodpornienia czynnego i biernego (metoda simultan), ale idea S p e n g l e r'a — wbrew jego twierdzeniu — niema z uodpornieniem wogóle nic wspólnego. W roku 1908 S p e n g l e r twierdził, że u zwierząt i ludzi, uodpornionych przeciw gruźlicy, krwinki czerwone są wytwórcami ciał ochronnych. Wyciąg z nich pod nazwą „I. K.” (Immunkörper) ma posiadać własności lityczne i antytoksyczne, co S. rzekomo stwierdził in vitro, i przez to ma być niesłychanie skutecznym w walce z zarazkiem gruźliczym, działając jako „antytoksyna” czyli zobojętniając jady gruźlicze, a jako lizyna —

bakteryobójczo. Sama zasada więc tej teorii, a raczej brak wszelkiej zasady, szczegóły tego sensacyjnego wynalazku, sprzeczność z ustalonymi poglądami, opisy nadzwyczajnie niewiarogodnych wyników nawet w rozpaczliwych przypadkach III okresu, wreszcie cała przeszłość naukowa wynalazcy uzasadniają powyższy pesymizm. Mało wiarogodnym jest też twierdzenie Spengler'a, jakoby gruźlica płuc u człowieka miała być zakażeniem mieszanym zarazkiem ludzkim i perliczym, z których raz jeden, kiedyindziej drugi przeważa; i dlatego przypadki z przeważającym zakażeniem ludzkim mają być nadwrażliwe na tuberkulinę ludzką, lepiej zaś znoszą tbk. perliczą, odwrotnie sprawa się przedstawia przy przewadze zakażenia perliczego: na tej zasadzie Spengler w pierwszych przypadkach uważa za odpowiedniejszą tuberkulinę perliczą, w drugich—ludzką. Faktem jest zaś to tylko, że jadowitość tuberkuliny perliczej dla człowieka jest mniejszą, a odczyn łagodniejszy.

Z pośród szeregu prac w języku polskim nad stosowaniem tuberkuliny przy gruźlicy płucnej, bezwątpienia na pierwszym planie pod względem ilości, obiektywności spostrzeżeń i pogłębienia sprawy należy postawić prace Sterlinga i Sokołowskiego.

Pierwszy z nich leczył tuberkuliną (przeważnie Béraneck'a) w okresie 4-letnim przeszło trzystu chorych, w tej liczbie szpitalnych, leżących na specjalnym oddziale, 63, ambulatoryjnych 222 i w praktyce prywatnej (pacyentów sanatoryjnych)—11; ogółem zastrzyknięć zrobił około 11.000. O wartości tuberkuliny przy gruźlicy płuc przekonały Sterlinga nie te liczne przypadki, w których bądź w szpitalu, bądź w ambulatorium widział poprawę, nawet stałą, po tym leku, ale przedewszystkiem przypadki gruźlicy toksycznej, choćby one zaliczały się do okresu I—podług skali anatomicznej. Dla ilustracji S. przytacza 3 następujące przypadki.

S. L. lat 15, od pół roku stale gorączkuje; maximum ciepłoty (niemniej 38°C) wypada na godziny południowe; tętno 98—120; nacieczenie całego górnego płata lewego, rżenia dźwięczne nad grzebieniem łopatk. W płwocinie laseczniki gruźlicze; gruźlicę rozpoznał u L. jeden z kolegów pediatrów już o parę miesięcy wcześniej; od tego też czasu była pod stałą obserwacją lekarską. Pięćmiesięczny pobyt w szpitalu wpłynął bardzo dodatnio na stan ogólny, jednak ani objawy toksyczne, ani miejscowe nie uległy zmianie. Tuberkulina stosowana ambulatoryjnie w ciągu 1½ roku (z przerwami pa-

rotygodniowemi) doprowadziła do zupełnego wyzdrowienia; już po paru miesiącach gorączka na stałe opadła, potem tętno wróciło do normy, a objawy miejscowe ograniczyły się do mocnego stępienia na przestrzeni niewielkiej (z przodu i z tyłu). Od roku chora pracuje; żadnych objawów chorobnych nie ma.

A. W., lat 4, przed rokiem po odrze i kokluszu zapadła na zapalenie płuc kataralne (gruźlicze?). Po raz pierwszy widziałem dziecko zimą z rozpoznaniem nawrotu kokluszu. Badanie dziecka, które wyglądało jak szkielet, wykazało gruźlicze zajęcie dolnego płata prawego; w płwocinie laseczniki, stała gorączka. Na usilne prośby matki, która była w tym czasie leczona tuberkuliną, zacząłem dziecku zastrzykiwać ten lek. Szybka poprawa stanu ogólnego, po którym nastąpiła też stopniowa poprawa stanu miejscowego. Obecnie dziecko w stanie kwitającym; kuracja swoista trwała pięć miesięcy. Rodzice—ludzie bardzo ubodzy; warunki życiowe złe.

W. R. lat 30, robotnik fabryczny. Nacieczenie gruźlicze (laseczniki, krwinki i włókna elastyczne) obejmuje cały płat lewy górny; stała gorączka, silne wychudnięcie; tętno stale przyspieszone do 120. Inteligentnemu choremu przedstawiłem całą groźbę jego stanu. Leczony ambulatoryjnie tuberkuliną przez 2 lata z przerwami, dziś znowu (od pół roku) pracuje, ma się prawie dobrze; od wielu miesięcy niema gorączki; jakkolwiek jeszcze pluje, a plwocina dotąd zawiera laseczniki—jest na drodze do zupełnego wyleczenia. Objawy miejscowe poprawione, wyraźna retrakcja klatki piersiowej.

Są to przypadki krańcowe; autor spostrzegał też w niektórych brak poprawy po tbk. Ale—zdaniem Sterlinga—„takie właśnie pomyślne przypadki, choćby oddzielne, przekonają mogą o wartości tuberkuliny”. Pogorszenia czasem występowały nagle u chorych doskonale znoszących szereg dawek, nie zdradzających żadnych objawów ubocznych; liczba takich przypadków była wszakże znikomo mała. Co do oddziaływania ustroju na tuberkulinę, to wrażliwość na nią może się zmienić pod wpływem przypadkowej choroby, niedyspozycji (ból zęba, menstruacja), nieraz i bez wszelkiego uchwytnego powodu: należy wówczas przerwać na pewien czas zastrzyknięcia, a po przerwie zacząć od dawki mniejszej, a tembardziej należy to uczynić w razie wyraźnego pogorszenia się wogóle stanu chorego.

Za niepożądane swoiste objawy kliniczne, które mogły być wywołane zbyt wielką dawką i które zmuszają do zmniejszenia jej, przerywania na pewien czas kuracji tuberkulinowej, a nawet jej zaniechania, S. objawy takie upatruje 1) w wystąpieniu choćby najslabszych objawów t. zw. reakcji miejscowej w płucach (powiększenie obszaru stępienia, wystąpienie nowych trzeszczeń, objawy zapalne przy gruźlicy chirurgicznej); 2) w wystąpieniu dreszczów, uczu-

cia osłabienia, bólów w klatce piersiowej, nudzenia, a przede wszystkim—nasilenie ciepłoty, przyczem za przebież uważać tu należy charakter krzywej, otrzymanej w okresie poprzedzającym kurację tuberkulinową; podwyższenie o parę dziesiątych, powtarzające się po paru kolejnych dawkach, należy uważać za możliwy skutek niepożądanego wpływu leku; 3) w spadku wagi ciała; 4) w przyspieszeniu tętna; 5) w wystąpieniu duszności, krwioplucia, obrzmienia gruczołów; 6) ogólnem rozbiciu, pogorszeniu snu, utracie łaknienia, uporczywych bólach głowy i t. p.

„Kierując się temi przepisami—mówi dalej Sterling—rzadko bardzo widziałem przypadki, o których powiedzieć sobie mogłem, że tuberkulina choremu zaszkodziła; zdarzały się jednak i takie— przy tak ostrożnem postępowaniu”.

„Chorzy, którym tbk. przynosiła korzyść, nieraz już po paru zastrzyknięciach tracili szereg dolegliwości podmiotowych (brak łaknienia, uczucie znużenia, bóle w piersiach); stan ich ogólny wyraźnie się poprawił, przybywało im na wadze już po parotygodniowej kuracyi; byli to chorzy ambulatoryjni, żyjący w zwykłych warunkach, często pracujący ciężko zawodowo. Poprawa objawów płucnych szła wolno; tam gdzie następowała, zmniejszała się (często po czasowem silnem wzmożeniu) ilość plwocin, kaszel ustawał lub łagodniał (też po czasowem—w pierwszym okresie leczenia— jego spotęgowaniu się), znikaly trzeszczenia, zmniejszało się stępienie—w natężeniu i obszarze.

Na objawy trwałej poprawy ogólnej, a tembardziej miejscowej, wypadało najczęściej czekać przez wiele miesięcy. Jeśli ich nie było, a leczenie tuberkulinowe szkody nie przynosiło, przerywałem je, by po paru miesiącach przerwy znów je zacząć od dawek początkowych.

Tym, którzy czując się znów zdrowi, kurację sami przerywali, lub którzy to z mojego polecenia czynili, kazałem zgłaszać się co pewien czas; nawet tym, którzy już żadnych skarg ani objawów nie mieli, po 1/2 lub roku stosowałem tbk. ponownie; rzecz prosta, że kuracya trwała wtedy krótko; dawki szybko powiększane na to pozwalały. I wtedy jednak nie zawsze można było dojść do dawek wysokich,— u wielu z tych pozornie zdrowych dawki w czasie powtórnej, niejako profilaktycznej kuracyi musiały być niższe, aniżeli w okresie choroby ujawnionej”.

„W jakich przypadkach należy stosować tuberkulinę? Na to odpowiedzi stanowczej dać obecnie nie można; właś-

ciwie powiedziećby należało — że stosować ją trzeba we wszystkich przypadkach. Tak bowiem niestalone są dotąd wskazania i przeciwwskazania, że dziś — w okresie prób — doświadczenie szpitalne powinno dążyć do rozwiązania tej sprawy, lecz obecnie pewne przypadki za nieuleczalne z góry uważać można i tylko wyjątkowo próby leczenia tuberkulinowego przy nich stosować.

Więc za przeciwwskazanie do użycia tuberkuliny uważać należy istnienie takich objawów, jak: 1) objawy paratuberkuliczne, więc serca zwyrodnienie tłuszczowe, zanik mięśnia, silny przerost komory prawej (w przebiegu włóknistej postaci suchot, przy rozedmie); nerek zapalenie miąższowe przewlekłe, nerek zwyrodnienie skrobiowate; wątroby zwyrodnienie tłuszczowe, skrobiowate, kiszek zwyrodnienie skrobiowate i t. p. 2) stała tachykardia względna, stały spadek ciśnienia tętniczego; 3) gorączka hektyczna, wogóle stała gorączka wysoka; 4) daleko posunięte zniszczenie tkanki płucnej, szczególnie przy istnieniu gruźlicy w kilku innych narządach.

Najlepsze wyniki otrzymuje się dotąd w początkowym okresie choroby. Co prawda, że 60 proc. takich chorych powraca do zdrowia samoistnie, resp. przystosowaniu w zwykłych warunkach ich życia środków objawowych. Nie wiemy jednak nigdy, kto ze stu należeć będzie do tych 60, a kto do pozostałych 40. Dla tego u chorych, nie mogących leczyć się metodą dyetetyczno-hygieniczną w całej jej rozciągłości, powinno się stosować tuberkulinę; wszak obecnie w większości sanatoryów stosują ją obok leczenia ogólnego.

Przypadki lżejsze można leczyć nawet ambulatoryjnie, nieco cięższe — jedynie w szpitalu (lecznicy, sanatorium).

Przy leczeniu chorych gorączkujących (przyczem dotąd działanie przeciwgorączkowe widziano prawie wyłącznie u chorych z gorączką nie wyżej 38° C) zarówno dawkowanie, jak i obserwacja kliniczna wymaga szczególnej rozważliwości i troskliwości. Niektórzy badacze (u nas H. Fidler, Przegl. Lek.—1909) radzą od czasu do czasu stosować duże dawki; inni są za małymi dawkami, które, jak się przekonałem — zwalczają nieraz bardzo uporczywie trwające podniesienie ciepłoty. Jak w innych szczegółach, tyjących się zajmującej nas sprawy, to też i w tym względzie jednościsłości niema; jedynie dalsze spostrzeżenie kliniczne może dać odpowiedź na te liczne nierozwiązane pytania. W każdym razie, przypadki gorączkowe leczyć tuberkuliną wolno temu

jedynie, kto już nabrał doświadczenia, stosując ją w łżejszych przypadkach gruźlicy płuc”.

Do badaczy, uważających leczenie gruźlicy swoiste—czynne i bierne—za problemat jeszcze nie rozwiązany należy u nas zasłużony i znany uczony A. S o k o ł o w s k i, który powiada:

„Po zestawieniu dotychczasowych wyników, przyznać muszę, że leczenie tą drogą gruźlicy płucnej, a szczególnie w postaci poczynających się, zdaje się przedstawiać pewne szanse rozwiązania tego niezwykle zawilego problemu. Dziś jednakże jesteśmy z jednej strony w okresie zbierania odnośnego materiału, który posłużyć może, przy bardzo obszernem i krytycznem jego oświeceniu, do wypowiedzenia pewnego orzeczenia o wartości przetworów tuberkulinowych, z drugiej zaś stale prowadzone są liczne i bardzo sumienne badania laboratoryjne, dążące do modyfikacji, poprawy, lub wytworzenia nowych, w tym kierunku idących środków. Akta więc tej sprawy nie są zamknięte. Drogi jednakże do uzyskania istotnego, a pomyślnego wyniku w tym kierunku, jeśli nie uprzedzi ich — jak to często bywa w medycynie — ślepy traf wynalazcy, są bardzo i bardzo zrudne i powolne; praca to całych pokoleń, dla cierpiącej zaś ludzkości bardzo pilna, jak również i dla lekarza, będącego świadkiem tych heroiczych, a najczęściej bezskutecznych zapasów ustroju z straszną chorobą”.

Na innem miejscu uzasadnia S o k o ł o w s k i swoją przeczność w ocenie leczniczego działania tuberkuliny, na mocy obserwowanych przez siebie chorych: „Jedni z nich — mówi on—poprawiali się mniej lub więcej znacznie, trudno jednakże ocenić ściśle, czy poprawa ta zależała od stosowania tuberkuliny, czy też należy ją kłaść na karb leczenia sanatoryjno-klimatycznego. Natomiast inna kategoria chorych, poddana temuż leczeniu, powracała bez poprawy lub nawet z pogorszeniem swego stanu zdrowia; byli nawet tacy, i to chorzy zupełnie wiarogodni, którzy stanowczo przypisywali tuberkulinie pogorszenie swego zdrowia; jak utrzymywali, dopiero z chwilą rozpoczęcia wstrzykiwań stan ich, poprzednio względnie dobry, zaczął się stopniowo pogarszać (zaczęli gorączkować, bardziej kaszlać i wogóle podupadać), a pogorszenie to postępowało dalej, pomimo zaprzestania leczenia tuberkuliną.

Dlatego też, i słusznie, w ostatnich latach lekarze, mający przekonanie do swoistego działania tuberkuliny, wierzący,

że tą drogą da się w przyszłości osiągnąć istotnie pozytywne wyniki w leczeniu gruźlicy płucnej, starali się wytworzyć nowe przetwory tuberkuliny, które, nie posiadając wyższych stopni toksyczności, mogły być stosowane u chorych gruźliczych bez wywołania u nich wyżej opisanych reakcyi. Dążenia w tym kierunku doprowadziły do wytworzenia bardzo licznych, mniej lub więcej szczęśliwie pomyślanych środków, jak np. neotuberkuliny K o c h a, tuberkuliny D e n y s a, tuberkulolu L a n d m a n n'a, tuberkuliny B e r a n e c k'a, J a c o b'a z Brukselli, bowotuberkuliny S p e n g l e r'a, stanowiącej preparat, otrzymany z laseczników gruźlicy bydłeczej i ludzkiej i t. p. Ze stosowania klinicznego wszystkich powyższych przetworów istnieją liczne, lecz bardzo sprzeczne co do ich skuteczności sprawozdania lekarskie. Największe rozpowszechnienie zyskała w ostatnich latach tuberkulina B e r a n e c k'a, pozbawiona niemal w zupełności szkodliwie działających na ustrój ludzki substancyi toksycznych. I rzeczywiście, nie wywołuje ona żadnych ubocznych reakcyi. Ma ona według S a h l i'ego, wielkiego jej zwolennika wywoływać stopniowe uodpornianie przez pobudzenie organizmu do coraz obfitszego wytwarzania niweczników (Antikörper). Leczenie to, rozpoczynające się bardzo małemi dawkami, stopniowo i powoli zwiększającemi się, ciągnąć się winno całe miesiące, a nawet lata, dopóki nie nastąpi zupełne zatrzymanie się w rozwoju sprawy gruźliczej. Z tego też ostatniego względu wynikają trudności w ocenie istotnych wyników leczniczych tym przetworem. W każdym razie wiarogodni autorowie, jak S a h l i, B a u e r, z wysokiem uznaniem odzywają się o tuberkulinie B e r a n e c k'a, inni jednakże nie przypisują jej jakichś wybitniejszych własności leczniczych. Ja sam badałem sporo chorych, którym stosowany był ów przetwór wedle ścisłych wskazówek S a h l i'ego, w sanatorjum w Otwocku z mojej porady w ciągu dwóch lat ostatnich. Otóż w przypadkach cokolwiek dalej rozwiniętej gruźlicy wynik był zupełnie ujemny, szczególnie tam, gdzie istniała nawet niewysoka gorączka. W przypadkach lżejszych wynik był dodatni; lecz u tej kategorii chorych ocena krytyczna jest trudna, o ile istotnie lekowi temu, a nie sanatoryjnemu leczeniu poprawę przypisać należało".

Dłuski stosował ją w Sanatorjum w Zakopanem u 61 chorych, poczynając od dawek większych, niż S a h l i (tj. nie $\frac{1}{10}$ miligr., lecz $\frac{1}{10}$ do $\frac{2}{10}$ milig., nie spostrzegając przy-

tem żadnych powikłań. Poprawę uzyskał w 16 przypadkach; nie wypowieda się jednakże kategorycznie, o ile poprawę tę przypisać należy leczeniu sanatoryjnemu, czy też tuberkulinie. Przytacza jednakże przypadek ciężkiej postaci gruźlicy płuc i krtani, nie ustępującej przy zwykłym leczeniu sanatoryjnym; dopiero po zastosowaniu jednocześnie tuberkuliny *Beraneck'a* nastąpiła znaczna poprawa: Inni autorowie opisują podobne przypadki, co razem wzięte zachęca do szerszego stosowania tego przetworu, którego swoistość nie ulega najmniejszej wątpliwości: 1) że jest przetworem, nie powodującym żadnych ubocznych szkodliwych wpływów na organizm, 2) jest przetworem bardzo tanim, łatwym w zastosowaniu nawet w praktyce ambulatoryjnej. To samo można powiedzieć o tuberkulinie *Jacob'a* z *Brukselli*, którą od pewnego czasu *Sokołowski* stosuje u chorych szpitalnych; przetwór ten nie wywołuje żadnej reakcji i przez chorych jest dobrze znoszony; dotychczas w kilku przypadkach metodycznego stosowania jego przez *Sokołowskiego* przy stałej kontroli wskaźnika opsonicznego metodą *Wright'a*, wyniki wypadły niezłe, pomimo że chorzy przedstawiali zmiany gruźlicze dość rozległe i gorączkowali niewysoko, u jednego z nich stan ogólny znacznie się poprawił, kaszel się zmniejszył, ilość rzężeń w szczytach znacznie się ograniczyła; wskaźnik opsoniczny stale wzrastał. Naturalnie, tylko dalsza obserwacja na większym materiale może wykazać istotną swoistą wartość tego przetworu i jego wyższość nad innymi. Do ujemnych cech tuberkuliny *Jacob'a* zaliczyć można jedynie dotychczas wysoką jej cenę (jedno wstrzyknięcie kosztuje dwa franki).

*

*

*

(D. c. n.).

III. SPRAWOZDANIA

SEKCJA SKÓRNO-WENERYCZNA W WARSZAWSK. TOWARZYSTWIE LEKARSKIM.

Protokół posiedz. z dnia 15. XII. 1911 r.

1. Kol. **Bernhardt** przedstawił przypadek *Epithelioma profundum capillitii*, dotyczący 52-letniego służącego Ant. K.

Sprawa trwa 3 lata. W okolicy wierzchołka głowy znajduje się owrzodzenie kształtu okrągłego około 8 ctm. średnicy. Brzegi wysoko wzniesione, twarde, niebolesne. Dno pokryte obfitą czerwono-szarawą wybujalą ziarniną. W środkowej części owrzodzenia widać i wyczuć można obnażoną kość.

Chory został skierowany do szpitala z oddziału chirurgicznego jako przypadek nieoperacyjny.

Leczenie będzie polegało na wycięciu brzegów i wyskrobaniu dna owrzodzenia oraz na naświetlaniu promieniami X.

2. Kol. **Bernhardt** przedstawił 63-letniego rolnika Ad. Kąk z *epithelioma profundum nasi et faciei*.

Cierpienia datuje się od 7 lat. W chwili przybycia na oddział stan chorego był następujący. W okolicy nosa i na przylegających częściach policzków widać rozległe owrzodzenie o dnie płaskim i brzegach umiarkowanie wzniesionych. Skrzydła nosa oraz części przegrody nosowej uległy zniszczeniu, a owrzodzenie przechodzi tutaj też i na błonę śluzową jamy nosowej. Ku górze owrzodzenie zajęło również okolicę wewnętrznego kąta lewego oka. Na górnej wardze ust—dosyć rozległa blizna. Gruczoły podżuchwowe zaledwie macalne.

Leczenie polegało na wycięciu brzegów, wyskrobaniu dna owrzodzenia i naświetlaniu promieniami Roentgen'a. Dotychczas zaaplikowano 5 H. Obecnie stwierdzić można energiczne zabliźnianie owrzodzenia. Naskórkiem pokryła się już $\frac{1}{3}$ powierzchni.

3. Kol. **Bernhardt** przedstawił 71-letniego rolnika T. S. z *carcinoma regionis retroauricularis et auriculae dextrae*.

Chory znajduje się w szpitalu za drugim powrotem. 19. VIII. 1911, przybył na oddział z rozległym głębokim owrzodzeniem rakowem, które zajmowało okolice ku tyłowi i poniżej prawej muszli usznej, a zniszczyło też dolną połowę samej muszli. Dno owrzodzenia twarde, naciek sięgał widocznie głęboko. Gruczoły podzuchwowe prawie nieco powiększone.

Leczenie polegało na zastosowaniu metody Czerny'ego i następnie naświetlaniu promieniami Roentgen'a. Dotychczas dano 15·H. Owrzodzenie zabiłżniło się na całej niemal przestrzeni prócz 3 punktów, w których wyczuć można dosyć głęboko sięgający twarde nacieki.

W dyskusji nad tymi przypadkami kol. W a t r a s z e w s k i i Kol. B e r n h a r d t komunikowali o względnie pomyślnych wynikach, jakie osiągnąć można przy leczeniu mięsaków za pomocą dożylnego stosowania „606“.

R. Bernhardt.

Sprawozdanie z posiedzenia dermatologicznego we wrocławskiej klinice z dnia 10—11—1912 r.

Posiedzenie to odbyło się w dość ścisłym kółku prawie tylko miejscowych dermatologów. Przedstawiano najrozmaitsze przypadki takich chorób, jak: Erythema induratum Bazin, Pemphigus vulgaris, (leczone chininą, wewnątrznie, zewnątrznie jodem z niezłym skutkiem) Mycosis fungoides leczony z doskonałym rezultatem promieniami Röntgena, Sclerodermię, Parapsoriasis Brocq'a i t. d., najciekawsze jednak było to, co przedstawił z oddziału röntgenologicznego Dr. Baumm. Wyżej wspomniany zajmuje się od dłuższego czasu w naszej klinice plastyką u chorych lupusowych. Jest on ogromnym zwolennikiem radykalnej ekscyzji nie tylko zupełnie małych, ale nawet i większych ognisk wilka, twierdząc, że jest to najenergiczniejszy i najkrótszy sposób pozbycia się choroby. Tam, gdzie ubytki tkanki są bardzo duże, zastępuje się ją tkanką zdrową za pomocą plastyki.

Dr. Baumm operuje na sposób Lang'a, i istotnie wyniki jego plastyki są nadzwyczajne: między innymi przedstawiał młodego chłopca z Sieradza, u którego prawie cały wycięty policzek zastąpił płatem szyi. Wynik kosmetyczny jest tak dobry, że oprócz małej, zaledwie dającej się zauważyć blizny, nic więcej z choroby nie pozostało. Równie ciekawe, a może jeszcze ciekawsze były przypadki raka płaskokomórkowego u 2-ch starszych kobiet, wyleczonego za pomocą Torium i Mezzorium. Preparaty te pomieszczone w kapslach rozmaitej wielkości (20, 15, 10 mlg. w przecięciu) przykłada się do tkanki nowotworowej na odpowiednią ilość czasu (50—60 minut). W ten sposób niszczy się narośl patologiczną z pozostawieniem cienkiej, estetycznej blizny. Czy jest to wyleczenie radykalne, czy nie zdarzą się tutaj recydywy, tego jeszcze na skutek zbyt krótkiego doświadczenia przesądzać nie można. Z przypadki Lupus erythematodes, leczone dla porównania wyników kosmetycznych, jeden za pomocą śniegu kwasu węglowego (Kohlensäureschnee), drugi Toryum, również wykazały, że blizny pozostawione po Toryum są równiejsze, cieńsze, ładniejsze. Takż

sam doskonały skutek wywarł ten preparat na rozległy Naevus flammeus na twarzy.

Z przedstawionych przez Dra Baumm'a przypadków wynikałoby, że Toryum zagra może w dermatologii dość znaczną rolę. Niestety i Toryum i nieco tańsze podobno Mezotoryum są do tej pory jeszcze niezwykle drogim preparatem (jedna kapsła wynosi około 1000 marek), że rzadko który lekarz praktykujący na rzecz podobną pozwolić sobie może. Natomiast dla klinik i szpitali preparat ten prawdopodobnie niedługo stanie się nieodzownym.

Dr. S. Rygielówna—Wrocław.

Z POSIEDZEŃ TOW. DERM. I SYF. W PARYŻU.

1. Renaud—Badet zdają sprawę z leczenia chorób skórnych, wywołanych przez gronkowce, zapomocą szczepień metodą Wright'a. Do przygotowania szczepionek używano pasorzytów danego chorego. W I-y m przypadku impetigo, w 2-ch furunculosis i w 5-u sycosis simplex nastąpiło wyleczenie. W przypadkach acné pustulose i acné cheloidienne szczepionki wpłynęły tylko na zniknięcie elementów ropnych.

(Bul. de la soc. franc. de Derm. et de Syph. 1911 r. Nr. 4).

2. Gaucher, Gougerot i Guggenheim przedstawili syfilityka z wykwitami grudkowatymi ciemno brunatnymi. Po wessaniu się grudek na ich miejscu pozostały brunatno czarne plamy. Poza tem skóra chorego była barwy normalnej.

(Bul. de la soc. franc. de Derm. et de Syph. 1911. r. Nr. 4).

3. Sainton i Burnier przedstawili 6-o letnie dziecko z rozległemi zmianami lichen planus, umiejscowionemi wyłącznie na słuzówce jamy ustnej i języku. Żadnych objawów podmiotowych nie było.

(Bul. de la soc. franc. de Derm. et de Syph. 1911 r. Nr. 5).

M. Gaston zwraca uwagę na sprawy skórne, występujące w śpiączce podzwrotnikowej; spotykamy je podczas zupełnego rozwoju choroby lub w końcowym jej okresie. Wykwity te, podobne bardzo do przymiotowych, przedstawiają się pod postacią rumienia, wysypki grudkowatej, grudkowato-wrzodziejącej, pęcherzykowej, barwikowej. Swoiste pasorzyty, znajdujące się we krwi i płynie mózgowo-rdzeniowym, w powyższych wykwitach nie zostały wykazane.

(Bul. de la soc. franc. de Derm. et de Syph. 1911 r. Nr. 6).

5. M. Gaucher i A. Paris podają spostrzegany przez siebie przypadek przymiotu, gdzie w kilaku znaleźli niezmiennione, wprawdzie niezbyt liczne krętki blade.

(Bul. de la soc. franc. de Derm. et de Syph. 1911 r. Nr. 8).

6. F. Balzer podaje sposób leczenia wilka, zalecany przez prof. Boeckę z Chrystyanii. Jeżeli cierpienie umiejscowione jest na skórze, to, po uprzednim posmarowaniu 0,5% roztworem błękitu metylowego, stosuje się nań poniżej przytoczony środek:

Ac. pyrogall.
Resorcin. albi
Ac. salicylici aa 7,0
Talci veneti 5,0

Aquae et gelanti q. s. do otrzymania kleju.
po upływie kilku dni opatrunek odpada.

W razie potrzeby powtarza się jeszcze ten zabieg; w przeciwnym aż do zabliznienia stosuje się 2% maść z plumb. subacetic.

Na wilka błon śluzowych używano:

Resorcini 20,0
Talci 20,0
Gumm. arabici 10,0
Balsam; pervian. 5,0

Przy sposobie tym, który zaleca się prostotą i łatwością stosowania, dodatnie wyniki otrzymuje się szczególnie podobno przy wilku skórnym.

(Bul. de la soc. franc. de Derm. et de Syph. 1911 r. Nr. 8).

7. H. Gougerot przedstawił hodowlę nieznanego dotąd grzybka i fotografię zmian skórnych, przez niego wywołanych. Pasożyt ten został odkryty przez Bruno-Blocha i Ad. Voscher'a, a zbadany i nazwany *Mastiglocladium Blochii* przez Matruchota.

Na palcach rąk symetrycznie na miejscu przedostania się zarazka powstały wykwitły brodawkowate, podobne do zmian gruźliczych. Od tych ognisk w kierunku dośrodkowym idą naczynia chłonne obrzmiałe, usiane guzami, początkowo twardymi, później ropiejącymi. Naczynia te ciągną się aż do zropanych gruczołów chłonnych pod pachami.

Hodowle nowego grzybka makroskopowo nie są charakterystyczne, tak, że dla postawienia rozpoznania niezbędne jest badanie ich pod mikroskopem.

Jako środek leczniczy stosuje się jodynę.

(Bul. de la soc. franc. de Derm. et de Syph. 1911 Nr. 8).

M. Paschalis.

VI.

STRESZCZENIA.

ANNALES DE DERM. ET DE SYPHILIS.

Częstość występowania łysiny plackowatej (pelade) w zależności od wieku. R. Sabouraud.

Z 300 zebranych spostrzeżeń wynika, że cierpienie to spotyka się prawie 2 razy częściej u mężczyzn, niż u kobiet. U pierwszych początek choroby przypada najczęściej na okres między 6—12 rokiem życia, po 20-ym roku bywa rzadziej, a po 52-ym występowanie poraz pierwszy tego cierpienia jest wielką rzadkością. U kobiet zaś łysina plackowata występuje równie często między 14—15 rokiem, jak i w 50-ym roku, a więc na początku i przy końcu życia płciowego.

(Ann. de derm. et de syph. 1911 r. Nr. 6).

M- Paschalis.

Przymiot dziedziczny w drugim pokoleniu. Boisseau i Prat

Autorzy podają następującą historię choroby pewnej rodziny dziadkowie ze strony matki niedotknięci przymiotem. 2-ga żona dziadka ze strony ojca ma objawy kiły (rozszerzenie aorty, wzdęcia); małżeństwo to miało 3-je dzieci, z których 1-e umarło w 18-ym miesiącu, 3-e ma wyraźne cechy dziedzicznego przymiotu; 4-ta cięża zakończyła się poronieniem. 2-je z rzędu dziecko jest obecnie 41-letnim mężczyzną bez żadnych objawów nabytego, ale za to z wyraźnymi choć dość słabymi dziedzicznego przymiotu (wzrost z ucha, asymetryczność czaszki; bardzo zepsute zęby). U żony jego nie znaleziono żadnych zmian ani dziedzicznej, ani nabytej kiły. Najstarsze dziecko, pochodzące z tego małżeństwa, chorowite, b. osłabione od 10-go miesiąca życia cierpiało przy ruchu na bardzo silne bóle w kończynach i tułowiu. W 3½ roku życia zaczęło chodzić, wkrótce nastąpiło zgrubienie w środkowej części uda, następnie bóle w dolnej części kręgosłupa, zapalenia okostnej górnych kończyn, zniekształcenie klatki piersiowej (forma łódki); 2 razy nastąpiło złamanie kości wskutek bardzo lekkiego urazu. Dziecko to było leczone, jako dotknięte krzywicą i gruźlicą; poprawa jednak nastąpiła dopiero pod wpływem rtęci i jodu. 2-e dziecko umarło w drugim miesiącu życia, u 3-go zaś w 5-ym roku skonstatowano swoiste zapalenie nerwu wzrokowego i charakterystyczne dla kiły dziedzicznej zmiany barwikowe na dnie oka. 4-e dziecko normalne. U rodziców i ostatniego dziecka Wassermann ujemny, u 1-go i 3-go—dodatni.

Autorzy podkreślają ważne znaczenie 2-ch faktów: 1) często króć mylnie rozpoznanie dziedzicznego przymiotu kości, 2) słabe objawy dziedzicznej kiły w 1-em, natomiast bardzo wybitne w 2-em pokoleniu.

(Ann. de Derm. et de syph. 1911 r. Nr. 6).

M. Paschalis.

Ch. Audry zaznacza, że po zastrzyknięciu arsenobenzolu do żył, notowano zamknięcie światła naczynia; po zbadaniu odpowiedniego przypadku wyraża przypuszczenia, że przyczyną tego objawu jest uszkodzenie nabłonka (endothelium) żylnego pod wpływem zastrzykniętego środka. Żadnych objawów zapalnych nie spostrzegł.

(Ann. de Derm. et de Syph. 1911 r. Nr. 4).

M. Paschalis.

Swędzenie przy wiądzie rdzenia. E. Bitot.

Według Milian'a swędzenie występuje prawie wyłącznie przy poronnych postaciach wiądu. Najczęściej bywa wieczorem po położeniu się do łóżka; występuje napadowo, odznacza się niezwykle natężeniem i uporczywością. Najczęściej umiejscawia się koło odbytu, bywa jednak i w innych miejscach. Wzmaga się pod wpływem alkoholu i ostрых używek.

Le wy i autor na zasadzie swych własnych spostrzeżeń zaznaczają, że swędzenie występuje w różnych okresach wiądu, z krótszymi lub dłuższymi przerwami, niekiedy na zmianę z napadami bólów w narządach wewnętrznych (crises tabétiques).

Leczenie polega na: ściślejszej diecie, podawaniu środków, odkażających przewód pokarmowy, podtrzymywaniu stanu ogólnego, zabezpieczeniu od drażniących wpływów zewnętrznych. Milian widział ulgę po przekłuciu łądźwiowem. Miejscowo stosuje się masę z kokainą, stowainą; zmywania wodą z otrębami (eau blanche), owijania miejsc swędzących czerwoną materyą (np. jedwabiem), ucisk za pomocą bandaża lub kauczuku.

(Ann. de Derm. et de syph. 1911 r. Nr. 6).

M. Paschalis.

VII.

ARCHIV FÜR SYPHILIS UND DERMATOLOGIE.

Przypadek septikemii sporotrychozowej. Dr. M e n a h e m-H o d a r a i Dr. F u a d B e y.—(Konstantynopol).

W Konstantynopolu został dotknięty septikemią sporotrychozową profesor I. D. Bey, który o rozwoju tej ciekawej i niesłychanie rzadkiej infekcyi sam opowiada w następujący sposób: w początkach lipca 1909 roku choroba zaczęła się zmęczeniem, potami i gorączką, dochodzącą w pierwszym dniu do 37.6°. Gorączka powiększała się z dnia na dzień aż do 39.5°, do tego przyłączyły się bóle reumatyczne, a około 40-go dnia choroby wysypka początkowo tylko na twarzy, następnie na całym ciele. 7 miesięcy trwały poty, bóle reumatyczne, wymioty, wysypka, gorączka o typie remitującym. W miesiącu 8-ym pojawiły się komplikacje oczne, jako episcleritis jednego oka, a po wyleczeniu pierwszego powtórzenie tegoż samego na drugim oku. Stan taki trwał przeszło rok. Myślano o lues, gruźlicy, gorączce maltańskiej, (fièvre de Malt), nakoniec o sporotrychozie, i ta idea, która najpóźniej się zjawiała, okazała się najprawdziwszą: z cieczy wziętej z pęcherzyka na nodze na pożywce Sabouraud, wyrosły czyste kultury sporotrychozy z częścią obwodową białą i promienistą, z ośrodkiem ciemnym aż do czarnego dochodzącym, a oprócz tego seroaglutynacya wedle metody Vidal'a i Abrami okazała się silnie pozytywną. Już przedtem okulista, leczący pacyenta, zastosował jod, po użyciu którego występowały polepszenia. Pacjent niestety odznaczał się nietolerancją względem jodu i przyjmował go w małych ilościach i bardzo nieregularnie. Wszystko to razem wzięte—kultura, seroaglutynacya i reagowanie już na te małe ilości jodu, które pacjent używał, mówi o prawdziwości tej trudnej do postawienia dyagnozy niesłychanie rzadkiego schorzenia — septikemii sporotrychozowej.

Dr. S. Rygierówna—Wrocław.

Przyczynę do kwestyi „Tatuowanie i Syphilis“. Wilhelm Hol-
l a n d.—(Christiania).

W ostatnim roku autor obserwował wiele przypadków wysypki luetycznej u tatuowanych i zauważył, że guzki niesłychanie gęsto lokalizują się w miejscach tatuowanych, zabarwionych na niebiesko

(tuszu), a wyjątkowo tylko w zabarwionych na czerwono (cynober). Dohi z Tokio wypowiedział myśl, że nieobecność wysypki luetycznej, w tatuowanych cynobrem miejscach, można tłumaczyć wydzielaniem się z czerwonej farby i specyficznem działaniem rtęci na dane miejsca. Autor uważa tłumaczenie Dohi za bardzo racjonalne, pozatem przyjmuje jeszcze pod uwagę przeciąg czasu, jaki upłynął od daty tatuowania: niekiedy długo bardzo na miejscach tatuowanych cynobrem utrzymuje się rodzaj dermatitis, i rtęć małeńkimi ilościami ciągle się tam wydziela. Widocznie już ta mała ilość jest dostateczna, żeby przeciwdziałać występowaniu wysypki luetycznej. Po wydzieleniu się jednak wszystkiej rtęci i na czerwono tatuowanych miejscach mogą się ukazywać guzki syfilityczne, o czem wspomina Florange z Kolonii.

Dr. S. Rygierówna—Wrocław.

O Pemphigus. Dr. M a x J o s e p h. - (Berlin).

Joseph przypuszcza, że niektóre narody mają więcej, aniżeli inne, podlegać pemphigus vulgaris (rosyanie), i dlatego Kaposi w Wiedniu, mający niesłychanie dużo pacyentów z Rosyi, daje statystykę częstości tej choroby 1 : 300, podczas kiedy lekarze amerykańscy mówią o zachorowaniach 1 : 1000. Następnie mówi on o trudnościach, jakie niekiedy przedstawiają się lekarzowi w postawieniu dyagnozy pemphigus: pod tak bardzo różnorodnymi postaciami choroba ta może występować. W jednym przypadku pemphigus zaczął się od z nadzwyczajną trudnością zatamowanego krwotoku nosa i bólu gardła, gdzie zjawily się niezbyt wyraźnie ograniczone ubytki nabłonka z silnem zaczerwienieniem zapalnym, w drugim przypadku u kobiety w poważnym stanie również początkowo wystąpiły bóle gardła, i trudność w połykaniu, poczem dopiero pojawiły się pęcherze i na skórze, a po dokonaniem sztucznem poronieniu następowały bezustannie jedna po drugiej ciągle nowe erupcye aż do exitum laetalem, wkrótce po operacyi. Joseph przypuszcza, że wykonane sztuczne poronienie, co do której to kwestyi żaden z zapytywanych przez Josepha kolegów nie miał odpowiedniej praktyki, przyspieszyło koniec. Stąd wyprowadza Joseph wniosek, wystrzegać się na przyszłość wykonywania sztucznych poronień u chorych na pemphigus vulgaris; w trzecim przypadku miał Joseph do czynienia z pemphigus u 60-letniego pacyenta, który przedewszystkiem skarżył się na uczucie bezustannego świądu, i którego dolegliwości przyjmowano początkowo za Lichen ruber planus. Co do prognozy, uważa ją autor prawie zawsze za wątpliwą: wyjątkowo tylko zdarzają się wypadki wyleczenia. W terapii pemphigus medycyna zaszła równie niedaleko, jak i w poznaniu etiologii: Joseph widział względnie dobre rezultaty z okładów z Aqua calcis ol. lini aa, wewnątrznie arsenik, podawany w iniekcjach skutkować ma lepiej, aniżeli chinina. Z tego względu zdaje się bardzo interesującą notatką Wolff'a w Berliner Klinische Wochenschrift 1911 r. o niezwykle dobrych rezultatach wstrzykiwania 606.

Dr. S. Rygierówna—Wrocław.

Przypadek ciężkiego zatrucia rtęcią. Dr. Fritz Juliusberg - (Poznań).

Dr. Juliusberg z Poznania opisuje ciężki i zupełnie nieprzewidziany przypadek zatrucia rtęcią u 45-letniej bardzo dobrze zbudowanej

wanej i zdrowo wyglądającej kobiety. Po 7 dniach wcierania każdego dnia po 4 gramy 33 $\frac{1}{3}$ % vasogenu rtęci u pacjentki wystąpiło podniesienie się temperatury do 38 $^{\circ}$ 7'–40 $^{\circ}$ stopni bez wszelkich innych objawów chorobowych; po kilku dniach gorączka minęła, i wcierania na nowo zostały podjęte. Po 27-em wcieraniu podniosła się nagle temperatura do 40 $^{\circ}$, wystąpiła biegunka, wysypka podobna do szkarlatyny na całym ciele, w moczu zjawilo się białko i wałeczki ziarniste, a po 15-tu dniach śmierć. Juliusberg uważa podobnie przebiegające przypadki za niesłychanie rzadkie, z którego to względu przestrzega przed obawą używania rtęci.

Dr. S. Rygierówna—Wrocław.

O Dermatitis nodularis necrotica. Pr. Dr. Victor Klingmüllera. Nazwa ta po raz pierwszy użyta przez Werthera – po raz drugi została zastosowaną przez Klingmüllera dla opisanej przez niego zmiany patologicznej na skórze.

Zmiana ta wystąpiła w 10-ym roku życia u dziewczyny, którą 7 lat później miał sposobność obserwować autor. Szczupła pacjentka o wiecznie zimnych i wilgotnych rękach i nogach przedstawiała na skórze 3 następujące rodzaje efflorescencji:

1) bardzo liczne, gęsto obok siebie stojące, wielkości ziarenka prosa, sino czerwono zabarwione, zapalnym halo otoczone guzki, na szczycie których wydziela się ropa, zamieniająca się w strup, albo też miast ropy tworzy się extravasat, środek guzka się zapada i wynacznienie to nie znika całe dni i tygodnie.

2) albo też efflorescencye mogą się zlewać, i wtedy tworzą płaskie nacieki, których brzeg można jeszcze jako z oddzielnych guzków złożony rozróżnić. W środku nacieku zjawiają się mniejsze lub większe wynacznienia. Poza tem naciek może się rozpląnąć, może się na tem miejscu wytworzyć owrzodzenie.

3) niekiedy nacieki występowały odrazu, jako takie bez stadium guzków początkowo. Wysypce towarzyszyło niekiedy niewielkie podniesienie temperatury, swędzenie miewało miejsce tylko chwilowo przy pojawieniu się wysypki. Tuberkulozę skóry w jakiegokolwiek formie wyklucza autor na podstawie: 1) braku ogólnej i miejscowej reakcyi po zastrzyknięciu tuberkuliny, 2) zupełnie niepodobnego do zmian gruźliczych obrazu histologicznego, 3) spontanicznego wyleczenia po 10-letnich ciągłych recydywach wysypki. Najbardziej i to we wszystkich szczegółach podobna jest ta zmiana skórna do opisanej przez Werther'a Dermatitis nodularis necrotica.

Dr. S. Rygierówna Wrocław.

O dziedziczności lues. Dr. Rudolf Krefting. (Chrystiania).

Autor rozpatruje w swojej pracy najróżnorodniejsze zdania co do dziedziczności kiły: jedni badacze twierdzą, jakoby krętki blade z plemnikiem przenosiły się na płód, wina zatem leżałaby po stronie ojca i wtedy możnaby mówić o dziedziczności w ścisłym tego słowa znaczeniu; inni przypuszczają, że jedynie możliwym jest zarażenie już poczętego płodu przez infekowaną matkę, i tutaj trzeba mówić nie o dziedzicznej, a o wrodzonej kile.

Krefting staje po stronie obozu, widzącego w matce czynnik, przenoszący zarazek na dziecko, analogicznie do tego, jak się to dzieje i w innych chorobach zakaźnych, np. gruźlicy i trądzie. Nie dziedziczną zatem, ale zawsze wrodzoną jest kiła noworodków.

Dr. S. Rybierówna—Wrocław.

Przyczynek do histologii gruźlicy skóry. Dr. J ó z e f K y r l e (Wiedeń).

Autor daje 4 różne obrazy mikroskopowe gruźlicy skóry: 1) w jednym przeważają komórki epiteloidalne, w drugim elementy zapalne, drobnokomórkowe, w trzecim obszerne martwice centralne i odgraniczenie wyraźne od tkanki zdrowej, w czwartym nakoniec zupełny brak procesu zapalnego, reakcyi ze strony otoczenia na proces gruźliczy. Pomimo tych różnic zasadnicza nuta grupy epiteloidalnych komórek wspólna z ołbrzymiemi—jest wszędzie jednakową i, co najważniejsza, etiologia—bakterye gruźlicze—wszędzie jedna i ta sama. Musimy przyjąć zatem do wniosku, że tak samo, jak nadto drobiazgowo różniczkowanie obrazów mikroskopowych w gruźlicy—chorobie o etiologii jednej i tej samej—jest niepotrzebne, co zatem idzie dawanie tysiącznych nazw różnym niekiedy wprawdzie, ale tą samą przyczyną wywołanym obrazom klinicznym gruźlicy skóry jest, jak obecnie i bardzo często zadaleko idące i tylko wprowadzające zamęt w dziedzinę nauki o tuberkulozie skóry.

Dr. S. Rybierówna—Wrocław.

Kilka danych statystycznych o trądzie. Dr. H. P. S i c. (Norwegia).

Jednym z bardzo różnych pytań w kwestyi trądu jest, gdzie i pod jaką postacią znajdują się prątki lepry poza organizmem ludzkim. Sand est zdania, że trąd nie przenosi się bezpośrednio z człowieka na człowieka, ale że zarazek poza człowiekiem przechodzi jakieś stadium rozwojowe i dopiero po przejściu tegoż zdolny jest wywołać objawy chorobowe. Wynikałoby z tego, że bliższe stosunki z trędowatymi nie przedstawiają żadnego niebezpieczeństwa dla otaczających, statystyka jednakże mówi co innego: 1) w tych małżeństwach, gdzie matka, która zawsze więcej z dziećmi, aniżeli ojciec, obcuje, jest trędowata—16,36% dzieci podlega trądowi, tam, gdzie ojciec jest zarażony trądem, tylko 10,27% dzieci cierpi na tę straszliwą chorobę, z pozostałych dzieci, których i ojciec i matka są dotknięci trądem—39,19% jest także leprą zarażonych.

2) Drugim danem przeciwko twierdzeniu Sand'a jest to, że w zakładzie dla trędowatych w Bergen w Reitgjærdet od 45 lat od czasu, kiedy zostały wprowadzone na podstawie nauki o zarazku trądu, surowe prawidła higieniczne, nie było ani jednego wypadku przeniesienia tej choroby z chorych na lekarzy, lub na personel szpitalny. Jeżeli chodzi o to, w jakim wieku najczęściej człowiek zaraża się trądem, to statystyka wykazuje, że między 15-ym—25-ym rokiem. Jeżeli jednak przyjrzymy pod uwagę niesłychanie długi, bo do 10 lat niekiedy dochodzący, okres wylegania trądu, to moment zarażenia się zmuszeni będziemy bardzo często o 5—10 lat wstecz przesunąć. Nakoniec jeszcze jedna ciekawa data statystyczna, odnosząca się do zdolności rozmnażania się u trędowatych: 1) wogóle w Norwegii przeciętna ilość dzieci na małżeństwo wypada

4,21%—u trędowatych tam, gdzie tylko ojciec jest chory 3,24%, tam gdzie matka jest chora 2,90%, gdzie oboje rodzice są chorzy 2,64% 2) ilość bezdzietnych małżeństw wogóle w Norwegii przedstawia 11,76%, u trędowatych tam, gdzie ojciec jest zarażony 14,34%, gdzie matka jest zarażona 10,76%, gdzie ojciec i matka są zarażeni 14,29%.

Jeżeli przyjrzeć się bliżej bezdzietnym trędowatym małżeństwom, to zauważyć można, że tam, gdzie mąż okazuje lepra tuberosa — procent bezdzietności przedstawia liczbę 17,57, tam, gdzie mąż cierpi na lepra anästhetica — ten procent jest 12,07%; jeżeli żona ma lepra tuberosa, to ten procent dochodzi do 13,98%, jeżeli lepra anästhetica, to procentowa liczba jest 8,15%.

Dr. S. Rygierówna—Wrocław.

Medicinische Klinik.

Badania doświadczalne nad ilością bakteryj na skórze zdrowych i chorych ludzi i wpływ pewnych fizycznych i chemicznych procedur na ich obfitość.
Dr. S. H i d a k a. — (Japonia).

Praca Dra Hidaki, dość ciekawa nawet ze względów praktycznych, jest wynikiem dość długich i nieskończenie cierpliwych badań, których wyniki są następujące:

1) ilość bakteryj na skórze ludzkiej zależna jest od lokalizacji: na plecach 1 ctm.² skóry zawiera 1520 bakteryj, skóra twarzy jest znacznie w bakteryje biedniejsza,

2) pomiędzy ilością bakteryj na zdrowych częściach skóry u ludzi, cierpiących na jakąś chorobę skórą, a bezwzględnie zdrową skórą nie da się oznaczyć jakakolwiek różnica,

3) skóra męczyzn jest przecięciowo bogatsza w bakteryje aniżeli skóra kobiet,

4) na skórze dzieci do lat 14 jest w stosunku do ludzi dorosłych dużo mniej bakteryj: po 14-ym roku życia wiek pod tym względem przestaje grać jakakolwiek rolę,

5) ludzie chudzi, z szorstką, suchą skórą wykazują dużo większą ilość bakteryj, aniżeli ludzie z gładką, tłustą skórą; wydzielanie się potu ma na zmniejszenie się, lub zwiększenie ilości bakteryi wpływ bardzo niewielki,

6) przedstawiciele klas najrozmaitszych i zajęć różnorodnych nie wykazują w ilości bakteryi na swojej skórze (badanych w warunkach jednakowych) żadnych wybitnych różnic,

7) zwykle używane dla oczyszczania skóry kąpiele w letniej wodzie z mydłem nie zmniejszają, a raczej zwiększają ilość bakteryj, jeżeli potem nie nastąpi opłukanie czystą wodą. Szczególnie zwracając uwagę jest to zwiększanie się ilości bakteryj skórnych po kąpiele w wannach, tylko powierzchownie opłukanych i napełnionych wodą.

8) przy naświetlaniu promieniami Röntgena bakteryje skóry wykazują nie istotne i tylko przy większych dozach przejawiające się zmniejszenie się ich ilości,

9) naświetlanie lampą kwarcową zmniejsza ilość bakteryi dziesięciokrotnie,

10) naświetlanie lampą uwiołową nie wykazuje żadnego wpływu,

11) pod działaniem maści bez żadnych dezynfekujących przy-
mieszek (lanoliny, wazeliny) następuje w 24 godziny niezwykle po-
większenie się ilości bakteryi, nieco mniejsze pod wpływem cynko-
wej pasty,

12) octan glinu (essigsäure Tonerde), w tym samym stosunku
procentowym i przy równej długości działania dodany do wilgotnych
okładów maści i pasty, wykazał w formie wodnego roztworu 10 razy
silniejsze bakteryobójcze działanie, aniżeli jako maść i 200 razy sil-
niejsze, aniżeli pasta,

13) okłady spirytusowe wysychające powodują w 7-em godzin
zmniejszenie się ilości bakteryi w stosunku 1:0,004—0,008.

Dr. S. Rygielówna—Wrocław

Berliner Klinische Wochenschrift.

Tymczasowa wzmianka o terapeutycznym zastosowaniu - Mesothorium.
Dr. G u s t a w B a u m m.

Dr. Baumm w eksperymentach swoich zastosowywał Mesotho-
rium, pochodzący z firmy Knöpfler i C-o. Używane preparaty były
pomieszczone w 3-ch kapslach wielkości 20—15—10 mm. w przecię-
ciu w ilości takiej, że energia ich działania (Aktivität) równała się sile
5 mg. Bromidu Radium. Chociaż badania nad świnkami morskimi
nie są jeszcze ukończone — można jednak już teraz powiedzieć, że ani
makroskopowo, ani mikroskopowo nie udało się wykazać różnicy
w działaniu mesothorium i bromidu radium makroskopowo można było
obserwować po pewnym czasie erythema, wypadnięcie włosów i na-
koniec po jednogodzinnem naświetlaniu owrządzenie i strup następ-
nie mikroskopowo nagromadzenie komórek, nie zawsze trzymające się
naczyń, a w późniejszych studyach martwica nabłonka. Zastosowanie
nowego preparatu na ludziach podjęte było ze wszelkimi ostrożno-
ściami. Po pewnych przedwstępnych próbach dla możliwości oce-
nienia działania przy bardziej równomiernych warunkach Dr. Baumm
każdego pacyenta poddawał jednogodzinnemu działaniu mesothorium.

Przedewszystkiem próbowano działanie mesothorium na Nae-
vus pigmentosus, Naevus teleangiectaticus, Naevus flammeus, Cancroi-
de i Lupus vulgaris. Naevus flammeus i Naevus pigmentosus już po
jednorazowym zastosowaniu (60 minut) wykazały ogromną poprawę,
mianowicie znaczne przejaśnienie bez pozostawienia jakiegokolwiek
ślądu reakcyi, w Lupus vulgaris za wyjątkiem jednego przypadku,
gdzie pomimo silnej reakcyi żadnej poprawy dostrzedz nie było można,
wszystkie inne znacznie się polepszyły, w jednym nakoniec przypad-
ku bardzo uporczywego Cancroidu po jednorazowym zastosowaniu
silna reakcyja z pozostawieniem gładkiej, cienkiej błizny.

Co do stałości działania mesothorium można powiedzieć, że
wiele miesięcy trzyma się ten preparat bez zmiany.

Dr. S. Rygielówna—Wrocław.

VIII.

REFERATY.

a) CHOROBY SKÓRNE.

O emulsji mydlanej jako środka służącym do pielęgnowania włosów. Podał Dr. P o h l e n w Berlinie -Charlottenburgu.

Po streszczeniu, w jaki sposób należy pielęgnować włosy na głowie i na brodzie, zaznacza autor, że używane w tym celu tłuszcze w postaci pomady lub rozmaite płyny, zawierające alkohol, działają szkodliwie tak na porost włosów, jak i części składowe skóry. Jako odpowiedni środek w tym celu podaje Mattanemulsję, wyrabianą przez fabrykę chemiczną Fritz Kripke w Berlinie, zawierającą tłuszcz w zawieszynie wodnej, gdyż po natarciu nią owłosionej skóry, woda ulatnia się, a pozostały tłuszcz o tyle pokrywa włosy, że takowe nie tracą swej gibkości i elastyczności, a przytem nie zlepiają się, a tem samem chronią skórę od wszelkich szkodliwych następstw. Obok tego i w pewnych sprawach patologicznych, jak suchej seborrhoea, silnej desquamacyi i nagromadzeniu się łoju skór nego, przy chronicznej alopecyi z wyrastaniem włosów o rozmaitej średnicy, działać ma ów środek korzystnie. W innych cierpieniach radzi autor używać Mattanemulsję jako osłonkę do wskazanych leków, jak np. Amylnitritu lub przetworów siarkowych zamiast wody destylowanej.

Dermatologisches Centralblatt Nr. 4, Berlin styczeń 1912.

Turzański (Jarosław-Iwonicz)

b) SYFILIS.

Profilaksysa przy Tabes. Podał Dr. J. L o w i n s k y.

Autor, opierając się na własnym materiale, w którym na 135 przypadków tabesu mógł wykazać 74 razy pewnie przebytą kile, a w 90% niedostateczne lub żadne leczenie właściwe, wyraża przekonanie, że moment ów obok złośliwości jadu kiłowego jest bezsprzecznie jedną z najważniejszych przyczyn wystąpienia tabesu i uważa poglądy niektórych autorów, jakoby energiczne leczenie rțęcią nie miało żadnego wpływu na wystąpienie następnych schorzeń nerwowych, za zupełnie mylne. Autor przestrzega przed po-

Wiadomości bieżące.

Gazeta Lekarska poruszyła nader ważną sprawę obsadzania ordynatur szpitalnych w sposób, któremu nie można odmówić pod wieloma względami słuszności. Artykuł ten umieszczony na naczelnem miejscu i podpisany przez „Redakcyę” brzmi jak następuje:

Sprawa obsady wakujących miejsc ordynatorów szpitalnych żywo interesuje ogół lekarski; uzyskanie bowiem stanowiska samodzielnego kierownictwa oddziałem szpitalnym w warunkach, w jakich żyjemy, stanowi szczyt marzeń młodego lekarza. To też zasady, któremi kierują się w tych razach sfery miarodajne, winny być nareszcie ujednostajnione a nie zależne tylko od osób i okoliczności.

Po przejściu szpitali pod zarząd miejski ordynatora zatwierdza **General-Gubernator Warszawski** na przedstawienie Prezydenta m. Warszawy i Inspektora szpitali; kandydata zaś wybiera komisya, składająca się z naczelnych lekarzy szpitali warszawskich pod przewodnictwem Inspektora szpitalnego.

Takie grono, niewątpliwie najbardziej kompetentne w sprawach gospodarstwa szpitalnego, ze względu na różnorodność uprawianych specjalności sztuki lekarskiej, dla oceny uzdolnienia kandydatów na samodzielnostanowiska ordynatorów we wszystkich gałęziach medycyny praktycznej, według naszego zdania nie jest szczęśliwie wybrane. Nikt chyba nie zaprzeczy, że najbieglejszemu interniście trudno wyrobić sobie zdanie samoistne i zdanie to poprzeć dowodami, gdy chodzi o wykazanie zalet lub braków, cechujących kilku konkurujących okulistów lub ginekologów. W takim samym kłopotcie może się znaleźć najsprawniejszy chirurg przy wyborze psychiatry, i odwrotnie.

Ale z tego przykrego położenia wybawia jeden lub paru innych sędziów, a rezultat głosowania może być nie tyle następstwem istotnych zasług kandydata w porównaniu z innymi, ile zaufania jednych sędziów do orzeczenia drugich, niezawsze opartego na krytycznej ocenie materiału faktycznego, czasami nawet kierującego się sympatją i względami osobistymi.

Ustaliło się też przekonanie, że przy takim składzie sądu miejsce ordynatora właściwie obsadza jeden sędzia, a mianowicie naczelną lekarz tego szpitala, w którym posada taka wakuje,

Nie potrzeba dodawać, że gdyby w istocie praktyka potwierdziła tę pogłoskę, byłoby to nie tylko krzywdą dla ogółu lekarskiego, lecz również dla rozwoju szpitalnictwa.

W takim razie szpital byłby twierdzą, do której nikt z poza niej dostaćby się nie mógł. Owszem, pożądanem jest, aby w każdym szpitalu byli ordynatorami przedstawiciele różnych szkół i aby do tej świątyni wnosili zamiłowanie nie tylko do sztuki, lecz i do nauki lekarskiej; winni też wykazać, że potrafią zadawać zagadnienia i rozwiązywać je.

Słyszymy zdanie: nie potrzebujemy profesorów, lecz lekarzy, co odpowiada wprowadzonemu już oddawna zwyczajowi, aby przy ocenie wartości kandydata na ordynatora nie uwzględniać prac naukowych. Co więcej ta praca w naszych warunkach tak ciężka, stanowi piętno, tamujące rozwój działalności praktycznej lekarza. Ludzi mających cześć dla nauki nazywa się teoretykami, tak jak gdyby dla praktyka potrzebne było tylko natchnienie.

Należałoby raz już wyjść z tego błędnego koła. Jeżeli u nas szpitalnictwo ma się rozwijać ku pożytkowi ludzkości, zgodnie z wymaganiami i postępami czasu, kwalifikacje ordynatora polegać winny nie tylko na wyrobieniu fachowem, ale i na samodzielności w pracy naukowej.

Wychodząc z tego założenia, w ocenie przedmiotów kandydata na ordynatora należy brać pod uwagę:

- 1) prace naukowe,
- 2) stopień wykształcenia fachowego, resp. techniki,
- 3) liczbę lat pracy szpitalnej.

Mając te dane na widoku, należałoby zmienić istniejącą dotąd radę naczelną lekarzy przez komisję, składającą się ze specjalistów. Nadto pierwszeństwo do zajęcia wakującej posady mogłoby być oddane ordynatorom innych tego rodzaju oddziałów wszystkich szpitali; w ten sposób wejść

mógłby w życie słuszny zupełnie awans w zależności od lat służby szpitalnej, zasług i zdolności.

Na opróżnione miejsce ordynatora rozpisuje się konkurs. Kandydaci składają swoje *curriculum vitae*, świadectwa praktyki szpitalnej i prace, ogłoszone drukiem.

Gdy lista kandydatów zostanie zamknięta, Inspektor szpitalny wzywa komisję specjalistów dla wszechstronnej oceny wartości kandydatów. Komisja ta składa się z Inspektora szpitalnego, jako przewodniczącego, z naczelnego lekarza szpitala, w którym wakuje posada ordynatora, z 3-ch lub 4-ch specjalistów i z 1-go lub 2-u przedstawicieli pokrewnej gałęzi medyny; a więc dla wyboru internisty będzie 4 ch internistów i jeden chirurg, dla wyboru chirurga odwrotnie, dla wyboru syfilidologa — 3-ch syfilidologów, 1 internista, 1 chirurg, dla ginekologa—4-ch ginekologów 1 chirurg, dla psychiatry i neuropatologa—3-ch neuropatologów, 1 internista 1 okulista, dla okulisty—3-ch okulistów, 1 chirurg 1 neuropatolog.

Aby takim komisjom nadać powagi, a jednocześnie obciążyć je odpowiedzialnością, wybór ich najopowiedniej by było powierzyć gronu ordynatorów, w ten sposób, że każda grupa specjalistów przy końcu roku na cały rok następny wybiera komisję do kwalifikowania ordynatorów na posady wakujące pod przewodnictwem Inspektora szpitalnego; w razie gdyby jeden z sędziów ubył, specjaliści sami obierają zastępcę.

Mając listę kandydatów i materiały przez nich przedstawione, komisja winna wypracować sprawozdanie na piśmie, w którym znaleźć się powinny: ocena prac naukowych, przytoczone ważniejsze daty z *curriculum vitae* i stopień uzdolnienia technicznego, oparty na własnych spostrzeżeniach członków komisji lub na zdaniu osób, które komisja uzna za najbardziej kompetentne; komisja taka powinna mieć też prawo w razie różnicy zdań ześć na miejsce działalności kandydata i być obecną przy badaniu chorych i ordynacji kandydata.

Przy takiej zasadzie jesteśmy przekonani, że szpitalnictwo zdobywać będzie godnych przedstawicieli i dzielnych pracowników, których u nas nie brak, a którzy dzięki utartemu systemowi protekcyjnemu przez zręczne jednostki są hamowani w pracy owocnej z powodu braku warsztatu dla pracy samodzielnej.

Wtedy też młodzież lekarska dojdzie do przeświadczenia, że miasto, dbając o dobro chorych i godność instytucji, do których opieki jest powołane, daje urzędy, tylko za zasługi i uzdolnienie, społeczeństwo też nabierze wiary, że piecza nad zdrowiem publicznym powierza się najodpowiedniejszemu.

Redakcja „Przeglądu chor. skórnych i wenerycznych” ogłasza niniejszym konkurs im. Wojciecha Oczko na najlepszą pracę, wydrukowaną w „Przeglądzie” lub w rękopisie złożoną w redakcyi w r. 1910, 1911 i 1912 r. Nagroda wyniesie 250 rb. Lista sędziów konkursowych będzie ogłoszona w „Przeglądzie” w pierwszej połowie 1912 roku.

Wiadomości Osobiste.

Prof. Zeleniew, redaktor Rosyjskiego żurnala chorób skórnych i wenerycznych, otrzymał katedrę dermatologii w Moskwie.

Prof. Tomaszewski obchodzi obecnie 35-letni jubileusz pracy profesorskiej.

Zmarli: Hansen, odkrywca laseczek trądu i urolog Albaran.



Redaktor i wydawca: **F. Malinowski.**

Druk K. Kowalewskiego, Piękna 15.

ROK VI-ty.

Przegląd chorób
skórnych i wenerycznych.

1911 r.

ADRES REDAKCYI: WARSZAWA, MAZOWIECKA №4.

1896



1971. K. 846

ADRESA PĚDACEVĚ VĚDĚNÍ A VĚDĚNÍ VĚDĚNÍ VĚDĚNÍ

Rocznik VI został wydany przy współudziale
następujących kolegów:

BASCHKOPF (Kraków).
BERNHARDT (Warszawa).
KRASZEWSKI (Warszawa).
Prof. KRZYSZTAŁOWICZ (Kraków).
PASCHALIS (Warszawa).
POGONOWSKA (Lwów).
RYGIEROWNA (Wrocław).
SERKOWSKI (Warszawa).
SONENBERG (Łódź).
TURZAŃSKI (Jarosław-Iwonicz).
WIŚNIEWSKI (Warszawa).
WEBER (Kraków).

RERAKTOR I WYDAWCA: F. MALINOWSKI.

SPIS RZECZY.

I. PRACE ORYGINALNE.

1. Badanie stopnia kwasowości moczu i stosunek kwaśnych związków do zasadowych. S. Serkowski i W. Kraszewski, str. 1.
2. Wakcynoterapia. S. Serkowski, str. 65, 187, 222, 289.
3. Znaczenie i wartość odczyna Wassermanna ze szczególnem uwzględnieniem wskazań leczniczych. Feliks Malinowski, str. 81, 155.
4. O wlewaniach śródżylnych salwarsanu. F. Krzyształowicz i H. L. Weber, str. 125.
5. Bielactwo nabyte (Vitiligo). Juliusz Wiśniewski, str. 142.
6. Obraz histologiczny zmian w naciekach kilowych po wstrzykiwaniach salwarsanu. Franciszek Krzyształowicz, str. 173.
7. Przypadek dziedzicznego syfilisu w drugim pokoleniu. E. Sonenberg, str. 273.
8. O leczeniu syfilisu za pomocą salwarsanu. Feliks Malinowski, str. 279.

II. SPRAWOZDANIA.

1. Sekcja skórno-weneryczna w Warszawskiem Towarzystwie Lekarskiem.
 - Posiedzenie dn. 18/XII 1910 r. str. 22.
 - „ dn. 13/I 1911 r. str. 24.
 - „ dn. 17/II 1911 r. str. 25.
 - „ dn. 10/III 1911 r. str. 25.
 - „ dn. 7/IV 1911 r. str. 161.
 - „ dn. 5/V 1911 r. str. 162.
 - „ 15/XII 1911 r. str. 308.
2. Z posiedzeń dermatologów i syfilidologów w Paryżu, str. 27, 95, 311.
3. Berlińskie Towarzystwo Lekarskie, str. 30.
4. Berlińskie Towarzystwo Dermatologiczne, str. 33, 94.
5. Wrocławskie Tow. Dermatologiczne, str. 309.

III. STRESZCZENIA.

1) Pism.

Annales de dermat. et de syphil. Nr. 11 i 12 1910 i Nr 1 i 2 1911, str. 36, 313.

Archiv. für dermatologie und syphilis, str. 99, 164, 214, 315.

Monatshefte für praktische Dermatologie, Tom 51, Nr. 1—6 str. 41.

2) Poszczególnych artykułów.

a) Choroby skórne.

1. Alopecya jako następstwo operacyjnego uszkodzenia nerwów. G. Trautman, str. 220.

2. Badania nad działaniem przetworów drożdżowych w chorobach skórnych. Dreuw, 269.

3. Badania nad mineralną przemianą materii przy Psoriasis. Kaemerli, str. 268.

4. Choroby skóry a modne ubieranie się. Edmund Saafeld str. 105.

5. Czy należy ochraniać oczy przed ultrafioletowym światłem. Best, str. 105.

6. Czynne uodpornienie człowieka zapomocą nieczynnej krwi. Knöpfemacher, str. 51.

7. Dodatek do leczenia brodawkowatych wybijalności na rodnych organach niewieścich. Herman Abramsohn, str. 49.

8. Do wiadomości o osobliwym guzkowym wyrzucie skórny. (Lichen nitidus Pinkus). Siegfried, str. 109.

9. Eczema seborrhoicum. Jesionek, str. 49.

10. Kliniczne rozpoznanie raków jądra. M. Chevassu, str. 49.

11. Lampa kwarcowa w leczeniu tocznia zwyczajnego. G. Stümpke, str. 48.

12. Leczenie Naevus vasculosus śniegiem z kwasu węglowego D. Friendlender. str. 269.

13. Mottow—pasta, bez połysku okrywająca skórę. Feliks Pinkus, str. 50.

14. Nowsze metody Dermatoterapii. Walter Pick, str. 106.

15. Nowy przypadek rumieniowo-pęcherzykowo-krotkowej osutki skórnej po błonicy. Gustaw Bloth, str. 106.

16. O dezynfekcyjnych częściach składowych mydeł i Afridolenowem antyseptycznem rtęciowem mydle. Walter Scharutz i Walter Schoefler, str. 105

17. O emulsji mydlanej jako środka służącym do pielęgnowania włosów. Pohlen, str. 322.

18. O idiosynkrazyi przy rtęci. Edward Arning, str. 270.

19. O nowym sposobie stosowania Amidoasotoluolu, działającym składnikiem w szkarlatno-czerwonej maści. P. Michaelis, str. 270.

20. O rozwoju obecnej terapii za pomocą przetworów smołowych. Britz, str. 50.
21. O zatruciu Bizmutem obok ogłoszenia przypadku śmierci po zastosowaniu maści bizmutowej. Windrath, str. 51.
22. O Skleroma. Gesber, str. 106.
23. O stereoskopijnej fotografii powierzchni skóry. Hübner, str. 45.
24. O trwałem wyleczeniu raków po naświetlaniach radem. Alfred Exner, str. 45.
25. O Tuberkulidach. Ziegfried Gross, str. 50.
26. O występowaniu Naevi angiomatosi w okolicy karku i tyłogłowia. Edmund Saelfeld, str. 51.
27. O związku cierpień organów płciowych z zaburzeniami żołądka i jelit. C. Wegele, str. 50.
28. Przyczynek do leczenia Lichen ruber. Luda, str. 108.
29. Przypadek wyleczenia Scleroderma circumscriptum za pomocą prądu Oudina. A. Hersfeld, str. 107.
30. Przypadek Keratoma palmare i vitiligo. W. Friedländer, str. 270.
31. Sulfoform, nowy przetwór siarkowy. Maks Joseph, str. 107.
32. Tymczasowe uwagi o nowej metodzie stosowania przetworu Ehrlicha-Haty „606“ przez skórę. Gennerich, str. 109.
33. Unguentum Glycerini. P. G. Unna i P. Unna (junior), str. 107.
34. Unguentum solubile. A. Stephan, str. 266.
35. W sprawie kliniki i etyologii dotychczas nieopisanej postaci zgorzeli skórnej. Hans Königstein i Leon Hess, str. 46.
36. Zanik skóry. E. Finger i M. Oppenheim, str. 47.
37. Z praktyki zwalczania wilka. Ferdynand Becker, str. 51.

b) Syphilis.

1. Arsenozoster po wśródzylnem wstrzyknięciu Salwarsanu. Ludwig Meyer, str. 117.
2. Barwienie spirochaete pallida in vivo według E. Meiroskiego. L. Zweig, str. 60.
3. Chroniczne leczenie kily Salwarsanem. Kromayer, str. 271
4. Dalsze doniesienia o działaniu ars-nobenzolu Ehrlicha przy kile. K. Herxheimer i K. Schonfeld, str. 114.
5. Dalsze doświadczenia nad sposobem zastosowania i dawkowaniem w leczeniu Ehrlichowskiem. Gennerich, str. 109.
6. Dodatek do kazuistyki syphilis maligna. Karol Piorkowsky, str. 61.
7. Dodatek kliniczno-anatomiczny do pathogenezy gorączki wskutek kily organów brzusznych Herman, str. 61.
8. Do leczenia trzeciorzędnej kily Arsenobenzolem Ehrlicha. Jan Fabry, str. 116.
9. Do techniki wstrzykiwań wśródzylnych przetworu Ehrlich-Hata. Hans Assy, str. 115.
10. Dotychczasowe spostrzeżenia nad leczeniem przetworem Ehrlicha „606“. Braendle i Clingstein, str. 113.

VIII

11. Dwa przypadki resuperinfekcyi. F. Zelenew, str. 114.
12. Dodatek do techniki leczenia przetworem Ehrlich-Hata „606“. Karol Junkerman, str. 118.
13. Dodatek do leczenia kiły przetworem Ehrlich-Hata „606“. Oskar Salomon, str. 118.
14. Dodatek do leczenia salwarsanem. Bröleman, str. 271.
15. Dodatek do leczenia trzeciorzędnej kiły Salwarsanem. J. Fabry i F. Kretzmer, str. 271.
16. Działanie przetworu Ehrlicha na proces syfilityczny. E. Meirowski, str. 118.
17. Doświadczenia po stosowaniu środka Ehrlicha-Haty „606“ przeciw kile. W. Weintraud, str. 120.
18. Doświadczenia nad metodą Dungerna badania reakcyi kiłowej w godzinie ordynacyjnej. Scholtz, str. 120.
19. Jakie usługi oddaje serodyagnoza lekarzowi praktycznemu? H. Hecht, str. 59.
20. Leczenie kiły nowym środkiem arsenikalnym Ehrlich-Hata „606“. Erich Hoffman, str. 117.
21. Leczenie kiły przetworem Ehrlich-Hata „606“. Karol Junkerman, str. 113.
22. Modyfikacya reakcyi Wassermanna według Hechta i Wechselsmanna. K. F. Hoffmann, str. 115.
23. Nowe badania nad kiłą u królika. Truffi, str. 61.
24. Nasze doświadczenia z środkiem Ehrlicha. Ritter, str. 52.
25. O kile królików i świnek morskich. Tomaszewski, str. 58.
26. O nowem szybkim barwieniu moczu rozczyntem azureozynowem. Giemsa, str. 55.
27. O ciałach antyseptycznych przy kile. Stümpke, str. 60.
28. O leczeniu chorób parakiłowych i późnokiłowych salwarsanem. Alt, str. 112.
29. O prostym i praktycznym sposobie wstrzykiwania przetworu Ehrlicha. Pasini, str. 53.
30. Organotrop--spirillotrop. Lesser, str. 57.
31. O techniczem wydoskonaleniu odczynu Wassermanna. Müller, str. 57.
32. O wśródzylnem wstrzykiwaniu środka Ehrlicha-Haty. Schreiber, str. 52.
33. O sposobach zarażenia się kiłą u dzieci. Flurin i Manne, str. 60.
34. O osobliwych zjawiskach przy reakcyi Wassermanna. Meirowski, str. 181.
35. O przejściowem schorzeniu włókien nerwowych Nervus vestibularis u chorych leczonych „606“. Beck, str. 116.
36. O wpływie leczenia Zittmanowskiego na wyniki reakcyi Wassermanna, str. 121.
37. O wydzielaniu się rtęci przez nerki przy wstrzykiwaniach śródmięśniowych oleju merkuryolowego w porównaniu z innymi środkami i spo obami. Möller i Blomquist, str. 56.
38. O sporządzaniu gotowych do użycia rozczyntów „606“. Citron, str. 117.
39. O środku przeciw kile Ehrlicha. Joseph i Siebert, str. 119.

39. O azurole jako środka leczniczym kily. Hoffman, str. 114.
40. O doświadczeniu uzyskanem przy podskórnem i wśródmięśniowem stosowaniu „606“. Lederman, str. 116.
41. Przyczynek do badań nad zachowaniem się przetworu Ehrlicha w ciele króliczem. Schwartz i Flemming, str. 52.
42. Prosta metoda do wytwarzania emulsyi „606“. Jessner, str. 116.
43. Przyczynek do leczenia kily przetworem Ehrlicha. Fiszer, str. 56.
44. Przypadek drugorzędnej, wrzodziejącej kily. Pogorszenie po arsenobenzolu, natychmiastowe polepszenie po hydrarg. oxycyanatum. Strauss, str. 115.
45. Przypadek śmierci po leku Ehrlich-Hata „606“. Ehlers, str. 52.
46. Przypadek wrzodu miękkiego, tworzącego ropnie. Heller, str. 52.
47. Profilaktyka przy Tabes. J. Lowinsky, str. 321.
48. Rozpoczęcie i trwanie wydzielania arsenu w moczu po zastosowaniu arsenobenzolu Ehrlicha. Greven, str. 54.
49. Stosowanie środka Ehrlicha w praktyce ambulatoryjnej. Nagy, 200.
50. Szankier miękkijamy ustnej i gardłowej. Druelle, str. 54.
51. Umiejscowienie szankrów kılıowych u dzieci poniżej 15 lat. Gaucher i Flurin, str. 53.
52. Uwagi chemiczne nad różnemi postaciami zastosowania „606“ nad pozostawianiem arszeniku w ustroju i wpływem na przeróbkę materyi. Hoppe, str. 110.
53. Wskazania do leczenia ręciovęgo w zwykłym zaniku nerwu wzrokowego. Schultz, str. 54.
54. W sprawie leczenia wrzodu miękkiego i dymienic. Zumbusch, str. 53.
55. W sprawie leczenia kily przetworem Ehrlicha „606“. Lesser, str. 111.
56. W sprawie prowokacyi wysypki w drugim okresie wylęgania kily. Kremer, str. 89.
57. Wpływ korzystnego oddziaływania surowicy chorego, leczonego przetworem Ehrlicha na dziedzicznie kily obciążonego oseska. Majzowski i Hartman, str. 118.
58. Zastosowanie środka Ehrlicha—Haty w chorobach nerwowych. Frenkiel, str. 58.

c) Urologia.

1. Dalszy dodatek do badań nad spiczastymi pozapłciowymi kilykcinami. Sprecher, str. 220.
2. Induratio penis plastica. Callomon, str. 123.
3. Kliniczne doświadczenia nad gruźlicą pęcherza moczowego. Karo, str. 62.
4. Leczenie rzeżączki środkami balsamicznymi. Zeissl, str. 64.

X

5. Leczenie prostatitis et arthritis gonorrhoeica za pomocą waccyny. Selei. str. 272.
6. Leczenie powikłań stawowych w przebiegu rzeżączki gorącym powietrzem. Grünspan i Faroy, str. 62.
7. O leczeniu waccyną powikłań rzeżączkowych. Friedländer str. 63.
8. O lekach powiększających popęd płciowy. Kafemann, str. 62.
9. O metodzie Janeta pr. eplukiwań cewki moczowej z podaniem nowej kaniuli do skuteczniejszego działania tej metody. Dufano, str. 272.
10. O patologii „przerostu“ krocza. Runge, str. 63.
11. O przerzutowej conjunctivitis u gonorrhoeików. Dawids, str. 64.
12. O rzeżączkowej puchlinie moszny. Buschke, str. 63.
13. O wpływie soli żółciowych na gonokoki i wydzielinę spojówkową, zawierającą gonokoki. Löhlein, str. 62.
14. O wpływach środków antyseptycznych. Dreuw, str. 123.
15. Przyczynek do kwestyi zapobiegania rzeżączki. Heilig, str. 123.
16. Przyczynki do nauki o bezpłodności mężczyzny. Scholtz str. 63.
17. Rozpoznanie gruźlicy nerek u chłopców za pomocą cystoskopii. Portner, str. 123.
18. Rozpoznanie spraw zapalnych w przewlekłych zapaleniach cewki moczowej. Baur, str. 121.
19. Specyficzna terapia gruźlicy nerek i pęcherza. Karo. str. 122.
20. Teorya nerwowej impotencji. Kantorowicz, str. 64.
21. Vesicaeasari przy schorzeniach nerek i pęcherza na tle rzeżączki. C. E. Vorster. str. 322.

IV. WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Str. 64, 124, 169, 272, 323.

Kilka słów o oddziale dermatologicznym na wystawie drezdeńskiej przez S. Rygierównę.

V. WIADOMOŚCI OSOBISTE.

Str. 272, 326.

Hemogen Magistri Klave

Związek chemiczny,
zawierający
żelazo i mangan;

energiczny środek odtwarzający krew, silnie pobudzający apetyt, łatwy w stosowaniu, o przyjemnym smaku; nie psujący się, nie wywołujący zaparcia, nie działający na zęby; zalecany przy wszelkich stanach osłabienia u dzieci i dorosłych;

Próbki
i literatura są
na usługi
P.P. Lekarzy.



POLECA

LABORATORJUM CHEMICZNE
PRZY APTECE

MAGISTRA H. KLAWE,

10. PL. ŚW. ALEKSANDRA, WARSZAWA.

TEL. 25-08 i 24-94.

APTEKA

E. GESSNERA

w Warszawie, Jerozolimska 27.

POLECA:

Tubuae graduatae à 30,0

Ung. hydrarg. cin. depur. c. Mitino pti 33%
" " " " " Resorbino " 33% et 50%
" " " " " adipo ph. " 33% " 50%
Sapo Ruscii liquid. D-r. prof. Lassari á 120,0

Solut. sterilisat. in ampulis à 1 C. C.

Atoxyli Gallici 0,05 — 0,10 (et 0,20 in 2 C. C.)

Hydrarg. arseniat.-salicyl. (loco Enesol) 0,03 (et 0,06 in 2 C. C.)

" benzoic 0,02 c. Na Cl

" bichlor. corr. 0,02 c. Cocain. 0,01

" cyanat. c. Cocain aa 0,01

" salicylic. 0,01 — 0,02

" sozojodolic. 0,01

Hermophenyli 0,20

Thiosinaminaethyljodat (loco Tiodin) 0,20

i wiele innych objętych specjalnym cennikiem.

Również przyrządza wszelkie kompozycje sterylizowanych iniekcji w ilości nie mniejszej 1 tuzina ampułek.

Do tuzina iniekcji dołącza się specjalny pilnicz ek.

Warszawskie Towarzystwo Akcyjne
„Motor”

Marszałkowska Nr. 23.

Oddział Farmaceutyczny TELEFON 1809.

poleca:

Plastry smarowane, zwyczajne i kauczukowe.

Przetwory chemiczne i farmaceutyczne.

Barwniki do badań mikroskopowych.

Kataplazmy na sposób Hamiltona.

Kąpiele z kwasu węglowego.

Czyste odczynniki chemiczne.

Tlen zgęszczony.

Nowe środki lecznicze.

Oddział Wód Mineralnych TELEFON 491.

poleca:

Wody mineralne sztuczne.

Sole do kąpiei mineralnych, kąpiele wydają się w Łazienkach

Akcyjnych na Zjeździe.

Wody Normalne Lecznicze prof. d-ra Jaworskiego.

Udoskonalone

SYNAPIZMA

(gorczyczniki)

STRZELECKIEGO

nie ustępują najlepszym wyrobom zagranicznym.

Szeroki zbyt za granicą.